

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na ESF Antônio Gabriel Neto no  
município de Riacho de Santana/RN**

**Raquel Hernandez Grille**

**Pelotas, 2015**

**Raquel Hernandez Grille**

**Melhoria da atenção à saúde do idoso na ESF Antônio Gabriel Neto no  
município de Riacho de Santana/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Flávio Renato Reis de Moura

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS**  
**Catálogo na Publicação**

G858m Grille, Raquel Hernández

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na ESF Antônio Gabriel Neto no Município de Riacho de Santana/RN / Raquel Hernández Grille; Flávio Renato Reis de Moura, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

78 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Moura, Flávio Renato Reis de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho á todos os idosos da cidade de Riacho de Santana/RN

## **Agradecimentos**

Agradeço a Universidade Federal de Pelotas, no projeto de atenção a saúde da família por permitir-me melhorar os conhecimentos em atenção básica na saúde, por meio de um bom projeto pedagógico durante o curso. Agradeço também ao orientador Flávio Renato Moura pela ajuda prestada durante o curso e a compreensão e boa vontade de que o projeto chegue ao seu fim com a maior qualidade possível.

Agradeço também a equipe de trabalho e os gestores do município na realização do projeto.

Agradeço com todo o meu coração ao Enfermeiro Felipe Cesar Chaves de Oliveira pela grande ajuda na construção e acessoria com o projeto e ajuda com o sistema de saúde brasileiro.

## Resumo

GRILLE, Raquel Hernandez. **Melhoria da atenção à saúde do idoso na ESF Antônio Gabriel Neto no município de Riacho de Santana/RN**. 2015. 78f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Trabalhar com os idosos na atenção básica é fundamental para prevenção e promoção da saúde. Definiu-se trabalhar com a população alvo dos idosos na UBS/ESF Antônio Gabriel Neto devido aos indicadores de cobertura e de qualidade não estarem satisfatório, como: comparecimento nas consultas, avaliação e orientações, atenção a saúde bucal, entre outros. Este trabalho tem como objetivos: ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso, melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde, melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso, melhorar o registro das informações, mapear os idosos de risco da área de abrangência, promover a saúde dos idosos. A metodologia se deu por ações realizadas na unidade de saúde com vistas na melhoria dos indicadores. Cadastramos 75,3% (140) idosos ao fim de 16 semanas que foi o tempo estipulado para o curso para que realizássemos a intervenção; 96,4%(135) dos idosos cadastrados receberam avaliação multidimensional rápida (exame clínico detalhado sobre a situação da saúde do idosos, por exemplo: como esta a audição entre outros); 100% (140) dos idosos hipertensos e/ou diabéticos receberam a solicitação de exames complementares periódicos; 99% dos idosos que atendemos receberam prescrições de medicamentos da farmácia popular; encontramos 52 idosos que estavam acamados e 100% foram visitados e avaliados; 100% (140) dos idosos tiveram a sua pressão arterial aferida durante as consultas; 56 idosos eram hipertensos e 100% foram rastreados para verificar se não eram diabéticos também; 100%(140) dos idosos foram avaliados quanto a necessidade de tratamento odontológico mas apenas 30%(42) realizaram a primeira consulta odontológica programática; durante a intervenção 46 idosos faltaram as consultas programáticas e 100% receberam busca ativa e em um segundo momento compareceram às consultas; não chegou a 1% os idosos que receberam as Caderneta do Idoso; 100%(140) dos idosos receberam a avaliação de risco para morbimortalidade e para finalizar, 100%(140) dos idosos receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e 71% (100) receberam orientações sobre a necessidade de atividade física regular. Esta intervenção foi importante para melhorar a qualidade de vida desse grupo populacional.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde do idoso; assistência domiciliar; saúde bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.....	48
Figura 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015. ....	48
Figura 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.....	49
Figura 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de .....	50
Figura 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia .....	51
Figura 6: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na unidade....	52
Figura 7: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015. ....	53
Figura 8: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na .....	53
Figura 9: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na unidade ....	54
Figura 10: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na unidade .....	54
Figura 11: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade .....	55
Figura 12: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em .....	56
Figura 13: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na unidade...	56
Figura 14: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para .....	57
Figura 15: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade .....	58
Figura 16: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde ...	59

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica .....	17
2.1 Justificativa .....	17
2.2 Objetivos e metas .....	18
2.2.1 Objetivo geral .....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	18
2.3 Metodologia .....	20
2.3.1 Detalhamento das ações .....	20
2.3.2 Indicadores .....	35
2.3.3 Logística .....	40
2.3.4 Cronograma.....	43
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	46
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados.....	47
4.2 Discussão .....	59
5 Relatório da intervenção para gestores .....	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências .....	70
Apêndices.....	71
Anexos. ....	73

## **Apresentação**

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Este volume abrange as seguintes partes: 1) Análise situacional, na qual é realizada a análise e descrição da unidade básica de saúde, incluindo a comparação da estrutura física, das atribuições dos profissionais e das atividades de controle social e educação em saúde com o marco legal e também a análise do processo de trabalho envolvido no atendimento à demanda e na atenção às ações programáticas; 2) Análise estratégica – Projeto de intervenção, seção a qual é definido o projeto de intervenção sobre a melhora da atenção à saúde dos idosos da comunidade adstrita, onde são definidos objetivos, metas, ações necessárias em cada eixo – Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica - para atingir as metas; 3) Relatório da intervenção que aborda sobre as ações que foram realizadas, o que precisou ser feito para colocá-las em prática, o que foi modificado do projeto, o número de usuários que envolveu, qual a participação dos diversos membros da equipe, as dificuldades encontradas para a realização da intervenção, explicações referente às dificuldades, além de sugestão de alterações necessárias à melhoria da intervenção segundo a realidade da UBS; 4) Avaliação da intervenção, etapa que aborda sobre a avaliação dos resultados alcançados; o atingimento das metas; a adequação das ações, registros e instrumentos de coleta de dados; o efeito da intervenção na unidade básica de saúde, na equipe, nos usuários do serviço e na população-alvo; 5) Relatório da intervenção para os gestores; 6) Relatório da intervenção para a comunidade; 7) Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, abordando sobre o desenvolvimento do meu trabalho no curso em relação as minhas expectativas iniciais, o significado do curso para minha prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A equipe de saúde a qual atuo está formada por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã-dentista, uma técnica em saúde bucal e 4 agentes de saúde. Ainda temos no município um psicólogo, uma nutricionista, um educador físico, um químico em farmácia, e uma fonoaudióloga, todos são trabalhadores estaduais e colaboram com as equipes de trabalho.

A ESF está localizada na zona urbana e possui uma população de 1.549 pessoas. A maioria das pessoas consegue fácil acesso a unidade de saúde. O atendimento é de segunda a quinta, das 8 horas às 18 horas, com um atendimento preventivo-curativo. Cada dia da semana se faz atendimento a um grupo de doenças diferentes, e as consultas de acompanhamento às grávidas e crianças. Cada agente de saúde tem um dia para visitas aos usuários e ainda fazemos atendimento de livre demanda todos os dias para as doenças agudas.

A sala de atendimento encontra-se agora dentro de um pequeno Hospital que há na cidade. Eu sou a única médica que trabalha no município e tenho que avaliar as emergências da cidade e dos sítios (as emergências dos sítios não procuram seu médico, estão acostumados a ir ao Hospital para o atendimento). Por isso são muitos os usuários atendidos cada dia e dificulta-se a qualidade da prevenção, nem sempre posso avaliar a pessoa como um todo, só posso avaliar as doenças mais agudas.

As autoridades do município prometeram inaugurar uma nova unidade básica de saúde para o mês de fevereiro, com todas as condições para fazer um bom atendimento, o que poderá trazer melhorias na qualificação da assistência prestada e as emergências serão atendidas no Hospital por outro médico.

Outras dificuldades que encontramos no serviço é referente à demora das avaliações por médicos especialistas, como por exemplo, ortopedista, a demora para a obtenção dos resultados dos exames e nem sempre temos os medicamentos gratuitos para o tratamento dos usuários. Tudo isso faz que a qualidade do atendimento não fique boa.

As doenças crônicas mais freqüentes são representadas pela Hipertensão (285 pessoas) e Diabetes Mellitus (191 pessoas). As transmissíveis são parasitoses e dengue. Temos outros problemas de saúde como doença psiquiátrica e Osteoporoses. Também nos preocupa a qualidade da água que bebem algumas pessoas que é de poço e não é tratada, o lixo é coletado a cada 2 dias.

A equipe de trabalho se reúne ao final do mês para avaliar as ações realizadas no período e traçar metas para o próximo. Nessas reuniões se discutem os principais problemas de saúde da população. A gestão do município participa das reuniões e buscam a solução de problemas como medicamentos, transporte e encaminhamentos para outros municípios. Para concluir é possível dizer que temos muito trabalho, mas se for realizado em equipe, com certeza será possível superar muitas dificuldades para prestar uma assistência qualificada.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município Riacho de Santana pertence ao estado do Rio Grande do Norte no Nordeste do Brasil e conta com uma população de 3.950 pessoas. Está rodeado de várias áreas rurais, possui um clima quente e seco na maior parte do ano. Não possui indústrias e a maior parte da população é pobre e a base econômica é a agricultura. É um lugar tranquilo e sem violência onde a população é amigável e solidária. Conta com vários partidos políticos, uma estrutura religiosa e alguns comércios.

O sistema de saúde está composto por duas Unidades Básicas de Saúde tradicionais, uma urbana e uma rural. Conta também com um pequeno hospital com as condições mínimas para prestar assistência e pequenas urgências. Os usuários que precisam de atenção mais especializada e de urgência são encaminhados para um município próximo, em uma pequena ambulância. O município conta com a ESF e NASF que oferece um serviço qualificado. O município não conta com o CEO. Também não são disponibilizadas as consultas especializadas e os usuários que precisam são referenciados para cidade próxima através da prefeitura municipal,

alguns casos podendo demorar meses para serem atendidos. O hospital de referência nem sempre possui vagas para internações dos usuários encaminhados, necessitando serem deslocados para cidades mais distantes. Contamos com um pequeno laboratório que oferece atenção duas vezes por semana, o que resulta em pouco, comparado com a demanda, portanto, os resultados de exames demoram alguns dias para serem liberados. Os exames de mais complexidade ex: raio x e ultrassom e outros tem que serem feitos na cidade próxima, também através da prefeitura, o que acaba dificultando a liberação rápida dos resultados. Podemos concluir que a demanda de exames é maior que a capacidade de realizar, tanto no nosso município como no próximo.

A UBS em que eu trabalho é urbana, porém atende uma área rural próxima da cidade. Assim divido o meu tempo de trabalho. Na área rural trabalho duas vezes ao mês e em cada visita faz uma jornada de trabalho de 4 horas (8h-12h). O atendimento na área rural é realizado em um sítio. Nesta ocasião o único profissional que atende a população sou eu (médica) onde são realizadas consultas clínicas. No sítio existe uma sala de reuniões que é utilizada como sala de espera e tem uma pequena sala para consulta composta por uma mesa, 2 cadeiras para os usuários e uma para o médico, uma cama para fazer exame físico, não tem pia para lavar as mãos, não tem outras instalações comuns à UBS e ainda a higienização do local é precária. Estamos no aguardo da finalização da construção da UBS que será localizada na área. A unidade não possui vínculo com instituições de ensino.

O modelo de atenção da UBS é mista, composta por uma equipe de trabalho que conta com os seguintes profissionais: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, um dentista, uma técnica em saúde bucal. O NASF é composto por: um psicólogo, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, um bioquímico e educador físico.

A UBS a qual atuo encontra-se em fase de construção e, devido a isso eu trabalho de forma provisória em uma sala do hospital da cidade e tenho acesso a suas instalações para realizar os procedimentos voltados para os usuários que atendo. Sempre utilizo sala de vacina, ambulatório, laboratório, e farmácia. Os demais componentes da equipe possuem suas salas nas dependências do hospital, como por exemplo, a sala da enfermeira e o consultório do dentista. A consulta da fonoaudióloga, nutricionista e psicólogo também são feitas no hospital. Trabalhar próximo permite um bom relacionamento o que resulta em uma boa atenção aos

usuários podendo assim oferecer consulta integral e interdisciplinar. A infraestrutura do hospital é boa. Trabalhar no hospital tem algumas desvantagens, pois tenho que avaliar e atender todas as emergências que chegam de todo o município, assim são muitos os atendimentos em um dia dificultando o atendimento básico programado. Essa situação faz com que o tempo com cada um dos usuários seja pouco e muitas vezes só atendo os casos mais urgentes, deixando para depois os de menos gravidade. Isso diminui a qualidade da atenção preventiva, pois o correto seria avaliar o usuário como um todo, conversar, orientar e educar para evitar o processo de agravamento da doença. Em minha opinião melhorará a qualidade do atendimento básico quando a estrutura da UBS da cidade estiver pronta.

Nós, enquanto equipe de trabalho, tratamos de cumprir com nossas atribuições, mas nem sempre é possível, por questões materiais e de recursos que devem ser oferecidas pelas autoridades públicas. Essas limitações diminuem a qualidade da atenção. A equipe atua de forma integrada, sendo que todos se preocupam com as ações programáticas.

A população com que trabalho é em sua grande maioria urbana (toda a cidade e uma pequena população rural), para um total de 1.549 pessoas na área de abrangência, predominando o sexo feminino e tem um grande número de idosos (168). Nesse momento estamos verificando todos os dados relacionados com doenças e grupos etários. A população da nossa área de abrangência engloba 23 gestantes, 92 e 321 pessoas acima de 20 anos com diabetes e hipertensão respectivamente. Com relação à população infantil temos 23 crianças com menos de um ano e 46 crianças com menos de 5 anos. Ainda com relação aos aspectos demográficos temos: 511 mulheres com idade fértil (10-49 anos), 389 mulheres entre 25-64 anos e 168 pessoas com mais de 60 anos. A quantidade de pessoas é proporcional para uma equipe de trabalho e oferece um bom atendimento. O Ministério da Saúde considera como ideal 1.000 famílias (3 a 4 mil pessoas), logo a nossa população total é de 1.549 pessoas e estamos aquém da previsão do Ministério. Esta proporção da equipe para população da área de abrangência (1/1.549) permite que a equipe trabalhe e contemple a população com ações que impactem na saúde, ou seja, que as ações sejam resolutivas. No entanto, as instalações do hospital nos permitem atendimento clínico, mas deixamos a desejar nas ações de cunho preventivo, como a realização de grupos operativos com gestantes, diabéticos, hipertensos e idosos.

A demanda espontânea é muita, pelo motivo já antes explicado, da unidade mista e eu sou a única médica da cidade e atendo também as emergências dos sítios próximos, ex: febre, vômito, diarreia e dor. Todos esses usuários são atendidos durante as oito horas de trabalho do dia, só são encaminhados para os hospitais de referência depois do meu horário de trabalho. Só existe plantão de uma médica brasileira uma vez na semana, nos demais dias apenas enfermeira. Quanto ao excesso de demanda espontânea procuro atender a todos, mas tenho consciência de que o tempo da consulta é menor o que dificulta um bom acolhimento, trazendo prejuízo para atenção à população. A demanda livre só diminuirá quando a população tiver um maior conhecimento das enfermidades crônicas e como mantê-las controladas, também quando aumentar a cultura sanitária da população. Para amenizar esta dificuldade precisamos intensificar os trabalhos de educação em saúde mobilizando um maior número de usuários e de fato precisamos de uma maior aproximação com o controle social. Com estas duas estratégias e em longo prazo evitaremos o excesso de demanda espontânea e poderemos trabalhar com as consultas programadas através de agendamento.

Temos registro das crianças de 0 a 72 meses, a maioria das ações de saúde que se realizam com elas estão programadas segundo o protocolo de atenção (consultas, atividade educativa e visita domiciliar). Todas essas ações são monitoradas periodicamente, de forma mensal. Temos uma boa cobertura de atendimento para crianças de até um ano de idade, acompanhamos 23, representando 100% de cobertura segundo os cadernos das ações programáticas. O nosso problema é que depois dos 12 meses de idade as mães não comparecem as consultas programadas com seus filhos e nas atividades de educação em saúde ocorre o mesmo. Todo o membro da equipe de trabalho participa na atenção das crianças de forma ativa. Saliento que para as crianças menores de 1 ano residentes na área de abrangência precisamos rever os indicadores de avaliação da saúde bucal e as orientações para prevenção que não estão sendo realizadas.

O atendimento das gestantes segue o protocolo do caderno de atenção básica, o qual é monitorado periodicamente. Temos boa cobertura de atendimento e com a participação de toda equipe de saúde. São realizadas atividades educativas periodicamente e participam 95% das grávidas. A qualidade das consultas é boa, só temos dificuldade com alguns exames complementares que demoram muito tempo para a divulgação dos resultados e as vezes dificulta a qualidade da atenção. No

entanto, após o preenchimento do caderno de ações programáticas foi possível verificar que o nosso indicador de cobertura está em 65%, pois acompanhamos 15 gestantes e os cadernos estimam 23. Logo precisamos planejar ações para cadastrar e acompanhar as gestantes da nossa área de abrangência. Com esta necessidade de alterar o indicador de cobertura teremos alterações nos indicadores de qualidade.

Em nossa UBS se realiza prevenção de câncer de colo de útero e mama, não temos registro específico para essa doença, apenas prontuário médico. A maioria da população feminina faz periodicamente os exames, há uma boa cobertura e qualidade para as ações e contamos com a participação de toda equipe de saúde. Temos em acompanhamento de 389 mulheres na faixa etária de 24 a 64 anos, representando 100% de cobertura para câncer de colo de útero e 116 cadastradas entre 50 e 95 anos, representando 100% de cobertura para câncer de mama. A principal dificuldade que temos é que não existe registro específico, dificultando assim o monitoramento da atividade para conhecer a porcentagem de mulheres que ainda não foram avaliadas e trabalhadas com a classificação e os grupos de risco. São realizadas muitas atividades para motivar e educar a população feminina na realização desses exames preventivos. Estamos trabalhando para ter um bom registro e aumentar as atividades educativas como palestras, conversas nas consultas e nas visitas domiciliares. Para finalizar esta temática o caderno de ações programáticas apontou para as seguintes limitações dos indicadores de qualidade que precisaremos rever ao longo do tempo, sobre o número de mulheres com: exame citopatológico para o câncer de colo de útero em dia (43%), com mais de 6 meses em atraso (28%), mulheres com exame alterado (12%), avaliação para risco do câncer de colo (9%) concluindo com os exames coletados com amostras satisfatórias (31%). Já para o câncer de mama temos dificuldades nos seguintes indicadores: exames de mamografia em dia (73%), mamografias com mais de 3 meses em atraso (18%) e avaliação para o risco do câncer de mama apenas em 10%. É perceptível uma reestruturação do processo de trabalho dos componentes da unidade para readequar estes indicadores.

Temos programadas as ações para hipertensos e diabéticos segundo o protocolo de atenção como: orientações, diálogos nas consultas e visitas para que desta forma aumente o conhecimento da população e que ela própria entenda suas condições de saúde melhorando sua qualidade de vida. Todos usuários estão



registrados, a cobertura de atendimento é boa (100%) sendo acompanhados 92 usuários com DM e 321 com hipertensão. São planejadas algumas atividades educativas, mas nem todos os usuários participam. Toda a equipe de saúde trabalha para oferecer um bom atendimento a essas pessoas. Porém, existe a possibilidade de haver mais pessoas que ainda não foram diagnosticadas com essas enfermidades e todos estão trabalhando para alcançar os 100% de cobertura de registro e controle de hipertensos e diabéticos para evitar futuras complicações. Apesar de estarmos com uma boa atuação sobre os hipertensos e diabéticos temos algumas situações a serem repensadas para o hipertensos: é a respeito da realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares em dia e avaliação da saúde bucal em dia. Para os diabéticos é essencial rever o indicador de avaliação de saúde bucal em dia, pois não temos pessoas com consultas atrasadas a mais de 7 dias e indicadores de qualidade como pessoas com exames complementares em dia, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com orientação para prática de exercícios físicos e orientação nutricional para alimentação saudável estão acima de 95%.

Os idosos de nossa USB não tem um registro específico, são cerca de 166 idosos na área. Para o programa de Saúde dos idosos não temos protocolo de atendimento, não existe um dia só para atendimento de idosos, não estamos classificando os idosos conforme os riscos e as fragilidades. Contamos como registro os prontuários médicos, o número que os agentes de saúde informam é menos que o real, pois em consultas e visitas domiciliares a equipe tem avaliado um número maior de idosos. Não se realiza monitoramento das atividades, não há cobertura de atendimentos só para idosos, eles são avaliados juntamente com outros grupos populacionais. Ainda com relação aos idosos de nossa área de abrangência, o caderno de ações programáticas evidenciou, no que tange aos indicadores de qualidade, que a nossa equipe não trabalha com a caderneta do idoso (0%), não estamos realizando avaliação multidimensional rápida (0%), não estamos fazendo a avaliação de risco para a mobilidade (0%), a equipe não faz a investigação de indicadores de fragilização na velhice (0%), e o indicador da avaliação da saúde bucal em dia está em 60%. São realizadas poucas atividades de promoção de saúde para o idoso por parte da equipe de saúde e as que são realizadas contam com um pequeno número de pessoas idosas, geralmente são as de menos idade e menos doentes. Porém, o que tem de bom é a vontade que a

equipe tem de trabalhar para melhorar a atenção á saúde da pessoa idosa. Estamos procurando realizar bom registro nos prontuários e livros de registro, que inclua 100% das pessoas com mais de 60 anos para depois cumprir com o protocolo e oferecer um bom atendimento a esse grupo. Aumentar as atividades educativas para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, educar a família em como devem cuidar da alimentação, da higiene, evitar acidente e outros aspectos voltado para o bem estar do idoso. Revendo o nosso processo de trabalho teremos condições de aprimorar os seguintes indicadores de qualidade apontados com limitações pelo nosso caderno de ações programáticas: Utilização da caderneta do idoso, melhorar a avaliação multidimensional rápida, melhorar a avaliação de risco para morbimortalidade, realizar avaliação dos indicadores de fragilização na velhice e aprimorar o indicador da avaliação da saúde bucal em dia que está em 60%

Os desafios da equipe de trabalho são muitos, é quase uma utopia ter em um país capitalista uma atenção básica de saúde de qualidade. Haveria primeiro que mudar a mentalidade de muitos funcionários e políticos encarregados de oferecer recursos para se trabalhar e em segundo lugar mudar os estilos de vida da população que vem sendo carregados por tanto tempo e a falta de conhecimento. Estas duas condições não mudam em pouco tempo. O melhor recurso que temos é a vontade de trabalhar o melhor possível para o bem estar de saúde dos mais desfavorecidos economicamente. Na UBS trabalhando juntos poderemos minimizar o sofrimento dos mais necessitados.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Comparando este relatório com a tarefa: “qual é a situação da ESF/APS em seu serviço”, acredito que agora é possível fazer uma melhor avaliação da unidade, mas ainda falta muito por conhecer. São muitos os dados estatísticos incompletos, muitos problemas de saúde que ainda não são investigados na minha área de abrangência (por falta de tempo). Para qualificar um trabalho como bom em uma área é preciso tempo, vontade e cooperação de muitos funcionários e políticos trabalhando juntos por um mesmo objetivo e isso estamos longe de alcançar.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

Trabalhar com os idosos na atenção básica é fundamental para prevenção e promoção da saúde. Definiu-se trabalhar com a população alvo dos idosos na UBS/ESF Antônio Gabriel Neto devido aos indicadores de cobertura e de qualidade não estarem satisfatório, como: comparecimento nas consultas, avaliação e orientações, atenção a saúde bucal, entre outros. Assim, realizar uma intervenção direcionada aos idosos irá melhorar a saúde e proporcionará qualidade de vida. Por isso será importante trabalharmos com os protocolos publicados pelo Ministério da Saúde através do Caderno de atenção primária nº 19 que se refere à saúde da pessoa idosa. Será necessário trabalhar de forma sistematizada e contínua abordando assuntos como: alimentação saudável, atividade física, avaliação cognitiva, vacinação entre outros aspectos. Teremos dificuldades por não ter ainda o protocolo de atendimento dos idosos. Este grupo populacional, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estará crescendo de forma considerável no Brasil nos próximos anos e as equipes de atenção primária em saúde necessitam de capacitação para prover o melhor atendimento possível a este usuário, que em muitas vezes sofre com a discriminação e violência doméstica.

Importante salientar neste momento que a UBS ainda não está concluída, continuo trabalhando em uma sala do hospital e utilizando suas instalações como já foi referido em tarefas anteriores. Temos uma equipe de trabalho composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem uma cirurgiã-dentista, uma técnica em saúde bucal e quatro agentes de saúde. Trabalhamos com uma população de 1.549 pessoas onde a que merece e precisa de maior atenção é a idosa, pois são pessoas frágeis, doentes, a maioria mora sozinho e precisam de todo nosso apoio. A população idosa de nossa área de abrangência fica em torno de

168 pessoas. No hospital que trabalho atualmente não dispõe de estrutura física direcionada a pessoa idosa, pois não há corrimões e rampa de entrada. Já na UBS que estão construindo está sendo construída com acesso adequado.

A população de idosos que temos cadastrada é inferior a que existe realmente e não tem cobertura de atenção adequada. A qualidade da atenção não é boa, pois não temos o protocolo de atendimento. Estamos fazendo nosso esforços para conseguir o protocolo. Com ajuda da secretaria de saúde do município, também se faz atividades de promoção da saúde principalmente para aqueles portadores de doenças crônicas e os que moram sozinhos. Boa parte da população é bastante participativa nas ações de intervenção que são realizadas na minha área, temos que trabalhar e trazer propostas atraentes para conquistar o restante da população. Existe uma pequena parte da população que está acamada e não pode se deslocar, sendo que, através das visitas domiciliares vamos trabalhar com essa população.

Esta intervenção é importante para melhorar a qualidade de vida desse grupo populacional. Quando tivermos com o protocolo de atendimento em mãos cumprimos com as ações programadas. A equipe de trabalho completa está apoiando o projeto, a principal limitação que temos é a falta do protocolo de atendimento. O lado positivo é que toda equipe tem vontade de trabalhar. Na intervenção iremos trabalhar com orientações nutricionais, promoção de exercícios físicos, controle de doenças crônicas como HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus), prevenção de acidentes domésticos, assim será proporcionada a melhoria da qualidade de vida dos idosos da área de abrangência da ESF.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde do idoso na ESF Antônio Gabriel Neto no município de Riacho de Santana/RN.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

- **Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

➤ **Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

**Meta 2.1:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

**Meta 2.3:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.4:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

**Meta 2.5:** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

**Meta 2.6:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 2.7:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Meta 2.8:** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

**Meta 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

**Meta 2.10:** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

➤ **Objetivo 3:** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

➤ **Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Meta 4.2:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

➤ **Objetivo 5:** Mapear os idosos de risco da área de abrangência

**Meta 5.1:** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Meta 5.2:** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

**Meta 5.3:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos

➤ **Objetivo 6:** Promover a saúde dos idosos

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Meta 6.2:** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

**Meta 6.3:** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Antônio Gabriel Neto no município de Riacho de Santana/RN. Participarão da intervenção em torno de 168 idosos da área de abrangência da unidade de saúde.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**AÇÃO:** Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

**DETALHAMENTO:** Mensalmente revisar o controle dos idosos resgatando os faltosos através das fichas espelho.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**AÇÃO:** Acolher os idosos. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. Atualizar as informações do SIAB.

**DETALHAMENTO:**

- Acolhimento dos idosos serão realizados pela equipe.

- Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde.
- Atualizar as informações do SIAB pela equipe de enfermagem.

#### DETALHAMENTO:

- Estas ações serão realizadas pelas agentes comunitárias de saúde na unidade de saúde e em visitas domiciliares para os cadastramentos.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

**AÇÃO:** Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

#### DETALHAMENTO:

- Estas duas ações serão realizadas na sala de espera da UBS, em escolas, igrejas e no centro comunitário.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**AÇÃO:** Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

#### DETALHAMENTO:

- Capacitar a equipe para o acolhimento, busca ativa e atendimento humanizado utilizando as reuniões semanais, previsão de duas reuniões, utilizando os manuais do Ministério da Saúde (Caderno de atenção básica 19; Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, 2010).
- Ações de QUALIDADE

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**AÇÃO:** Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

**DETALHAMENTO:** verificar os faltosos e fazer uma busca ativa daqueles que não estão comparecendo as atividades e para completar o monitoramento serão utilizadas as fichas espelhos.

**AÇÃO:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: através dos prontuários e fichas espelhos solicitando o apoio da equipe de enfermagem e ACS.

AÇÃO: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

DETALHAMENTO: controlar juntamente nos prontuários e ver quem tem atualizados os exames.

AÇÃO: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

DETALHAMENTO: fazer as receitas para que os idosos providenciem os medicamentos nas farmácias populares e após visita do idoso a farmácia solicitar que ele compareça a unidade para relatar se conseguiu o medicamento ou não.

AÇÃO: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

DETALHAMENTO: ter um controle de todas as pessoas acamadas e realizar visitas periódicas, pelo menos mensalmente, com a ajuda dos agentes de saúde.

AÇÃO: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

DETALHAMENTO: estabelecer prioridades desse público com relação às visitas domiciliares.

AÇÃO: Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

DETALHAMENTO: orientar que os idosos verifiquem a pressão arterial periodicamente quando comparecerem à unidade.

AÇÃO: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

DETALHAMENTO: rastrear os idosos que tem riscos de HAS e DM através das fichas espelhos e prontuários.

AÇÃO: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

DETALHAMENTO: orientar aos idosos que compareçam as consultas odontológicas e verificar com a equipe de saúde bucal deverá ter atualizada a ficha espelho de cada componente inserido na ação programática.



AÇÃO: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

DETALHAMENTO: verificar a continuidade do atendimento com os idosos com a equipe de saúde bucal, mais especificamente com o auxiliar do dentista.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÃO: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...).

DETALHAMENTO: procurar ajuda com os gestores para que não falte o material.

AÇÃO: Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

DETALHAMENTO: as ACS irão procurar na área as pessoas com mais de 60 anos de idade dando atenção especial aos acamados orientando sobre as informações das ações e datas. A técnica de enfermagem vai orientar os idosos, verificar a pressão arterial, o peso e a estatura. A enfermeira e a médica vão fazer a avaliação integral da pessoa orientando o idoso para a melhoria de suas condições de vida.

AÇÃO: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

DETALHAMENTO: as ACS irão procurar na área as pessoas com mais de 60 anos de idade dando atenção especial aos acamados orientando sobre as informações das ações e datas. A técnica de enfermagem vai orientar os idosos, verificar a pressão arterial, o peso e a estatura. A enfermeira e a médica vão fazer a avaliação integral da pessoa orientando o idoso para a melhoria de suas condições de vida

AÇÃO: Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

DETALHAMENTO: colocar a intervenção na agenda deixando pelo menos duas consultas por dia para os idosos que chegam da busca ativa.

AÇÃO: Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

DETALHAMENTO: referenciar os usuários que necessitam e falar com a gestão de sua importância promovendo a conscientização do gestor para que ocorra efetivamente a referência, ou seja, usuário encaminhado, usuário atendido.

AÇÃO: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

DETALHAMENTO: solicitar os exames complementares na consulta e nas visitas domiciliares. Reunir com o gestor e conscientiza-lo da necessidade de disponibilizar os exames

AÇÃO: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

DETALHAMENTO: verificar a validade e a quantidade de cada medicamento no estoque solicitando apoio das técnicas de enfermagem e ACS.

AÇÃO: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: registrar a quantidade e variedade de medicamento de cada uma das pessoas idosas nos prontuários.

AÇÃO: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

DETALHAMENTO: verificar com os agentes de saúde a quantidade e fazer visita nos usuários idosos acamados.

AÇÃO: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

DETALHAMENTO: realizar juntamente com os agentes comunitários de saúde as visitas e deixar um turno da semana para fazer as visitas.

AÇÃO: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS e verificar uma sala específica para esta ação.

DETALHAMENTO: capacitar a equipe para um melhor atendimento.

AÇÃO: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: garantir juntamente com a gestão que não falte material necessário para realizar a medida da PA.

AÇÃO: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

DETALHAMENTO: capacitar a equipe para um melhor atendimento ver a disponibilidade de uma sala específica para esta ação.

AÇÃO: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: garantir que não falte material para a realização do hemoglicoteste juntamente com a gestão.

AÇÃO: Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: capacitar a equipe para um melhor atendimento passando primeiro pela enfermagem e depois para a médica.

AÇÃO: Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: juntamente com os ACS cadastrar todos os idosos na unidade para que todos tenham atendimento.

AÇÃO: Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: garantir o atendimento prioritário através do planejamento no cronograma deixar um turno específico para os idosos e duas vagas na agenda por turno para acolher os idosos da busca ativa ou que chegam à unidade de saúde procurando atendimento.

AÇÃO: Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

DETALHAMENTO: juntamente com os profissionais de saúde bucal agendar cada consulta para avaliação bucal.

AÇÃO: Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

DETALHAMENTO: fazer uma relação de todos os idosos que já utilizaram e que irão utilizar os serviços odontológicos e utilizar a ficha espelho da saúde bucal.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÃO: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.

DETALHAMENTO: realizar educação em saúde nas consultas e fazer atividades em sala de espera e centro comunitário.

AÇÃO: Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

DETALHAMENTO: orientar o papel dos idosos em sua própria saúde.

AÇÃO: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

DETALHAMENTO: realizar a educação em saúde quanto a temas como doenças cardiovasculares e neurológicas através da organização de um grupo de idosos.

AÇÃO: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade e necessidade com que devem ser realizados exames complementares.

DETALHAMENTO: monitorar nas consultas as datas de realização dos exames e orientar para que efetivem os exames, utilizando as fichas espelhos.

AÇÃO: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

DETALHAMENTO: fazer as receitas e orientar os usuários a ter acesso a farmácia popular e fazer esclarecimentos sobre o assunto da farmácia popular no grupo de idosos.

AÇÃO: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

DETALHAMENTO: através dos agentes de saúde e orientações a população a existência do Programa de Atenção ao Idoso bem como a participação dos profissionais de nível superior durante as consultas.

AÇÃO: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

DETALHAMENTO: orientar e realizar as visitas que a comunidade necessita. As orientações deverão ser realizadas pela equipe durante o atendimento e no grupo de idosos.

AÇÃO: Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

DETALHAMENTO: orientar e realizar as visitas que a comunidade necessita. Responsabilizando toda a equipe para efetuarem a orientação.

AÇÃO: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

DETALHAMENTO: realizar educação em saúde para falar da importância da medida da pressão arterial no grupo de idosos e no centro religioso.

AÇÃO: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

DETALHAMENTO: realizar educação em saúde para falar da importância da medida da pressão arterial.

AÇÃO: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

DETALHAMENTO: realizar educação em saúde para falar da importância da medida da pressão arterial e DM. Utilizar o grupo de idosos para esta orientação.

AÇÃO: Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

DETALHAMENTO: realizar educação em saúde para falar da importância da prevenção a DM. Utilizar o grupo de idosos e a sala de espera da UBS.

AÇÃO: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

DETALHAMENTO: informar nas consultas e através dos ACS a necessidade de avaliação da saúde bucal e solicitar a equipe de saúde bucal que atue no grupo e na sala de espera divulgando as informações e capacitando os ACS.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÃO: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Treinar a equipe para aplicação da avaliação multidimensional rápida. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas.

DETALHAMENTO: orientar e realizar capacitações aos membros da equipe nas reuniões.

AÇÃO: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

DETALHAMENTO: orientar e realizar capacitações aos membros da equipe nas reuniões. Salientar o preenchimento do prontuário e da ficha espelho. AÇÃO:

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

DETALHAMENTO: orientar e realizar capacitações aos membros da equipe nas reuniões.

AÇÃO: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

DETALHAMENTO: orientar e realizar capacitações aos membros da equipe nas reuniões.

AÇÃO: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

DETALHAMENTO: orientar e realizar capacitações aos membros da equipe nas reuniões.

AÇÃO: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

DETALHAMENTO: orientar e realizar capacitações aos membros da equipe nas reuniões.

AÇÃO: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

DETALHAMENTO: orientar e realizar capacitações aos ACS nas reuniões.

AÇÃO: Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

DETALHAMENTO: orientar os ACS da importância das visitas domiciliares e salientar que as VD serão realizadas para os idosos impossibilitados de comparecerem à unidade.

AÇÃO: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

DETALHAMENTO: capacitar a equipe na verificação da PA. Sendo que após a chegada do usuário na unidade ele sente e descansa por um período de 20 min. O profissional deverá posicionar o manguito de forma correta e não ter pressa de verificar a pressão.

AÇÃO: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

DETALHAMENTO: orientar e realizar capacitações aos membros da equipe nas reuniões. A enfermeira fará esta capacitação especificando o protocolo da realização do hemoglicoteste.

AÇÃO: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

DETALHAMENTO: falar da importância do atendimento odontológico nas reuniões e engajar a equipe de saúde bucal para que faça esta capacitação.

AÇÃO: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

DETALHAMENTO: O idoso que chegar a unidade será acolhido pela técnica de enfermagem na sala de espera.

AÇÃO: Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

DETALHAMENTO: orientar e realizar capacitações aos membros da equipe nas reuniões. Explicar que será utilizada uma ficha espelho específica para saúde bucal e que todos deverão preenchê-la.

AÇÃO: Capacitar os ACS para captação de idosos.

DETALHAMENTO: orientar e realizar capacitações dos ACS nas reuniões. Salientar que todas as pessoas com 60 anos ou mais devem ser captadas para a ação.

AÇÃO: Capacitar os cirurgiões dentistas segundo o protocolo para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

DETALHAMENTO: falar aos cirurgiões dentistas sobre a importância da primeira consulta com idosos com a finalidade de realizar plano de tratamento para os idosos, já agendando o retorno dos mesmos para dar continuidade ao tratamento.

Ações de ADESAO

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÃO: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

DETALHAMENTO: avaliar o comparecimento nas consultas de forma semanal.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**AÇÃO:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para realizar as VD, deixar um turno na semana para esta ação, por exemplo, terça-feira a tarde.

**DETALHAMENTO:** organizar no cronograma as visitas domiciliares.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**AÇÃO:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**DETALHAMENTO:** através da educação em saúde aproximar a população da equipe discutindo melhorias utilizando os encontros com os grupos de idosos.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**AÇÃO:** Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

**DETALHAMENTO:** Durante as reuniões capacitar os ACS para a orientação de idosos. Para a renovação da receita é obrigatória a presença do idoso. A periodicidade de consultas definida com a equipe para idosos saudáveis foi de 3 em 3 meses.

## Ações de REGISTROS

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**AÇÃO:** Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

**DETALHAMENTO:** avaliar o comparecimento nas consultas utilizando as fichas espelhos e prontuários.

**AÇÃO:** Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

**DETALHAMENTO:** A presença dos idosos no grupo é fundamental para este monitoramento.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**AÇÃO:** Manter as informações do SIAB atualizadas.

**DETALHAMENTO:** atualizar as informações do SIAB periodicamente tendo como responsável a enfermeira sendo apoiada pela técnica de enfermagem.



AÇÃO: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.

DETALHAMENTO: Implantar nas consultas a planilha de acompanhamento.

AÇÃO: Pactuar com a equipe o registro das informações e definir responsável pelo monitoramento dos registros.

DETALHAMENTO: dialogar com a equipe sobre a definição do responsável pelo registro. O registro no SIAB deverá ser pela enfermeira e nos demais documentos todos deverão colaborar.

AÇÃO: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

DETALHAMENTO: Organizar as fichas espelho que fiquem separadas por mês, ou seja, o usuário é atendido registra-se na ficha espelho e esta já vai para o mês em que ocorrerá a nova consulta do usuário.

AÇÃO: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

DETALHAMENTO: disponibilizar aos usuários juntamente com a gestão a caderneta de saúde da pessoa idosa. Escreve um memorando para o gestor e que este dê o seu ciente que recebeu a solicitação para disponibilizar as cadernetas.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÃO: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

DETALHAMENTO: orientar os usuários nas consultas e ações de educação em saúde que a posse dos prontuários e documentação é deles e que a guarda desta documentação é da equipe de saúde.

AÇÃO: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

DETALHAMENTO: orientar os idosos a sempre portarem a caderneta durante as consultas em outros níveis de atenção para que seja possível verificar como está o acompanhamento dos idosos.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÃO: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

DETALHAMENTO: nas reuniões treinar toda a equipe no atendimento aos idosos. Lembra da ficha espelho, prontuário, caderneta do idoso e formulários diversos (encaminhamentos, receituários e solicitação de exames).

AÇÃO: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

DETALHAMENTO: informar da importância e como realizar o preenchimento.

Ações de AVALIAÇÃO DE RISCO

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÃO: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

DETALHAMENTO: através dos ACS e das consultas clínicas na UBS monitorar os idosos em risco.

AÇÃO: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

DETALHAMENTO: através dos ACS e das consultas monitorar os idosos em risco.

AÇÃO: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

DETALHAMENTO: Através do grupo de idosos fazer um acompanhamento com o livro registro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÃO: Priorizar o atendimento idosos de maior risco de morbimortalidade. Priorizar o atendimento com idosos fragilizados na velhice. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

DETALHAMENTO: priorizar os usuários mais necessitados nas consultas e visitas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÃO: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

DETALHAMENTO: orientar os idosos sobre a importância da frequência nas consultas.

AÇÃO: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

DETALHAMENTO: orientar os idosos sobre a importância da frequência nas consultas.

AÇÃO: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

DETALHAMENTO: priorizar os idosos nas consultas através do dia da semana e aqueles que chegarem a unidade serão atendidos.

AÇÃO: Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

DETALHAMENTO: estimular e orientar a inserção social dos idosos no grupo de idosos. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÃO: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Capacitar os profissionais para a identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

DETALHAMENTO: através das reuniões realizar capacitação aos membros da equipe. A equipe precisa identificar o idoso, demente, idoso incapaz, cuidadores desleixados, idoso com dificuldade de locomoção e com doenças crônicas. Ainda, idosos com DM e HAS.

#### Ações de PROMOÇÃO DE SAÚDE

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

AÇÃO: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar o número de idosos com obesidade/ desnutrição. Monitorar a realização de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o número de idosos que realizar atividade física regular.

DETALHAMENTO: monitorar nas consultas e orientar os idosos a orientações nutricionais adequadas podendo utilizar o grupo de idosos para contribuir com este monitoramento. AÇÃO: Monitorar as atividades educativas individuais.

DETALHAMENTO: monitorar individualmente nas consultas e orientar os idosos a orientações de práticas de atividades físicas adequadas.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

AÇÃO: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.

DETALHAMENTO: orientar nas reuniões de equipe os profissionais a educarem os usuários para hábitos saudáveis. AÇÃO: Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a identificação de para realização de atividade física.

DETALHAMENTO: estabelecer parcerias com escolas para a prática de atividades físicas com os idosos.

AÇÃO: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

DETALHAMENTO: realizar atendimento individual agendado para consultas com os idosos dependendo da sua condição de saúde, para os doentes crônicos mensal e para os demais podendo ser de 3 em 3 meses.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

AÇÃO: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

DETALHAMENTO: nas consultas, no grupo, nas visitas domiciliares e nos centros comunitários, orientar os usuários e cuidadores quanto aos benefícios de hábitos saudáveis.

AÇÃO: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

DETALHAMENTO: realizar palestras e ações de educação em saúde falando da importância de atividade física regular utilizando o grupo de idosos.

AÇÃO: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

DETALHAMENTO: realizar palestras e ações de educação em saúde falando da importância da avaliação da saúde bucal durante as consultas odontológicas, médicas, de enfermagem, sala de espera e no grupo de idosos.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

AÇÃO: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia

alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**DETALHAMENTO:** realizar palestras e ações de educação em saúde com a equipe falando da importância de ter hábitos saudáveis utilizando o grupo de idosos, consultas clínicas e sala de espera.

**AÇÃO:** Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

**DETALHAMENTO:** realizar palestras e ações de educação em saúde com a equipe falando da importância de realizar atividades físicas monitoradas. E fazer um dia da semana como o DIA DA CAMINHADA DO IDOSO – VENHA PARTICIPAR.

**AÇÃO:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

**DETALHAMENTO:** Orientar a equipe de como os idosos devem higienizar as suas próteses. De pelo menos duas vezes ao dia pela manhã e a noite antes de dormir.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

**Meta 1.1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

**Numerador:** Número de idosos cadastrados no programa

**Denominador:** Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

**Meta 2.1:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

**Indicador 2.1:** Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

**Numerador:** Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

**Indicador 2.2:** Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia

**Numerador:** Número de idosos com exame clínico apropriado em dia

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.3:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Indicador 2.3:** Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

**Numerador:** Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.4:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

**Indicador 2.4:** Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada

**Numerador:** Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.5:** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

**Indicador 2.5:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

**Numerador:** Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

**Denominador:** Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Meta 2.6:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Indicador 2.6:** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar

**Numerador:** Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

**Denominador:** Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Indicador 2.7:** Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta

**Numerador:** Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8:** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

**Indicador 2.8:** Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes

**Numerador:** Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus

**Denominador:** Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

**Meta 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

**Indicador 2.9:** Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de idosos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.10:** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

**Indicador 2.10:** Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática

**Numerador:** Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

**Indicador 3.1:** Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa

**Numerador:** Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde

**Denominador:** Número de idosos faltosos às consultas programadas.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Indicador 4.1:** Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia

**Numerador:** Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

**Indicador 4.2:** Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

**Numerador:** Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa



**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear os idosos de risco da área de abrangência

**Meta 5.1:** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Indicador 5.1:** Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

**Numerador:** Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

**Indicador 5.2:** Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia

**Numerador:** Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 5.3:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos

**Indicador 5.3:** Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia

**Numerador:** Número de idosos com avaliação de rede social.

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde dos idosos

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Indicador 6.1:** Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis

**Numerador:** Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 6.2:** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

**Indicador 6.2:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

**Numerador:** Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 6.3:** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

**Indicador 6.3:** Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal

**Numerador:** Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de saúde dos idosos vamos adotar o Caderno de atenção primária N° 19 que se refere à saúde da pessoa idosa. Utilizaremos a ficha-espelho para a coleta de dados dos usuários com idade superior a 60 anos disponibilizada pelo curso (ANEXO C). A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal. Assim, para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e o dentista vão elaborar uma ficha complementar (APÊNDICE A) para melhor avaliar essa área. Estimamos alcançar com a intervenção 168 idosos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 168 fichas espelho necessárias e para imprimir as 168 fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B).

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim começaremos a intervenção com a

capacitação sobre o Caderno de atenção primária Nº 19 que se refere à saúde da pessoa idosa para que toda a equipe utilize esta referência na atenção. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS no horário da manhã tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual e apresentará o conteúdo aos demais integrantes.

Para o registro específico do programa será pactuado entre os membros da equipe a realização dos registros de forma adequada e clara. Dentro deste contexto, a enfermeira em conjunto com as técnicas de enfermagem e agentes comunitárias de saúde revisarão o livro registro identificando todos os idosos que vieram ao serviço para as consultas nos últimos três meses. As técnicas em enfermagem localizarão os prontuários destes idosos e a enfermeira transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Para acolher os idosos da área de abrangência (os cadastrados e aqueles a serem cadastrados) na UBS serão utilizados os horários disponíveis para os prontos atendimentos bem como acolhimento. Para tanto a agenda da unidade não será alterada. E o idoso atendido sairá da UBS com a próxima consulta agendada. Todo idoso que chegar a unidade será priorizado para o atendimento e cadastro na ação programática se for o caso.

No que tange a realização das medidas antropométricas a equipe deverá ter em mãos aparelhos em pleno funcionamento como balanças e fita métrica. Deve-se dispor também de aparelho para a verificação de pressão arterial e glicemia capilar. Caso a equipe não tenha, ou tenha estes aparelhos sem manutenção, deverão solicitar ao gestor a reposição ou a manutenção dos mesmos. Também é necessário organizar a referência daqueles que estão acamados e que não dispõem de meios de locomoção até a unidade básica de modo que todos tenham acesso à intervenção, referenciando a algum serviço de complexidade maior quando necessário. A equipe deverá estar atenta para o controle de estoque de medicamentos para hipertensão, diabetes, bem como para outras doenças e desta forma estará garantindo a disponibilidade dos mesmos.

Com relação à saúde bucal dos idosos será necessário organizar a agenda do dentista de forma prioritária ao atendimento deste público. Para tanto utilizaremos três turnos da semana (segundas, quartas e sextas-feiras pela manhã) para agendar

estes idosos e todos os idosos que chegarem a unidade deverá ser examinada pelos integrantes da unidade e deverão ser encaminhadas para avaliação do dentista de forma prioritária. Para o atendimento odontológico será fundamental a garantia de funcionamento do equipamento odontológico e a presença de insumos necessários para o atendimento. Neste ponto será importante o controle de estoque da mesma forma que será realizado para os medicamentos da farmácia.

O monitoramento, a definição dos papéis de cada membro da equipe no que tange as ações de promoção da saúde relacionados a prevenção de acidentes, e ações educativas serão necessários materiais como panfletos, cartolinas, cartazes.

Considerando as ações de engajamento público, faremos uma sensibilização dos integrantes da comunidade através do conselho local de saúde, com os representantes da associação de bairro. Solicitaremos apoio à pastoral do bairro e ainda faremos uma sensibilização no grupo de idosos localizado na área de abrangência. Nestes locais esclarecemos sobre a importância da intervenção para os idosos, como a mesma será desenvolvida e quais benefícios trará para a comunidade.

Durante o monitoramento das ações as técnicas de enfermagem e a enfermeira examinarão semanalmente a fichas-espelho para detectar os idosos faltosos às consultas, aqueles que estão com vacinas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. As agentes comunitárias de saúde serão acionadas para a busca ativa dos idosos faltosos e durante a visita domiciliar já farão o agendamento da consulta conforme a disponibilidade dos mesmos. Estima-se que faremos o controle de 20 idosos por semana chegando ao final dos 4 meses controlando os 168 idosos. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.



### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Vamos relatar as ações desenvolvidas durante todo o projeto das quais algumas foram desenvolvidas com mais qualidades, outras com menos devido as dificuldades que tivemos com algumas questões que serão relatadas. Nossa equipe realizou o máximo de esforço para cumprir com todas as ações previstas no projeto, mas, foram muitas as dificuldades e desafios que levaram ao cumprimento de algumas metas de forma total, porém outras de forma parcial e ainda algumas metas não foram cumpridas.

Quanto a avaliação do idoso, esta foi cumprida integralmente, mesmo com dificuldades, pois trabalhamos com pessoas de idade muito avançada e porém, com dificuldades de locomoção ou acamados. Durante o trabalho fizemos a avaliação adequada na maior parte dos idosos de nossa área de abrangência. E encontramos que tínhamos um número maior de idosos com hipertensão arterial e diabetes se comparamos com os dados que tínhamos antes. Comprovamos a suspeita que tínhamos antes de começar o projeto. Esta tarefa foi cumprida de forma total.

Os idosos hipertensos e diabéticos alguns tinham exames em dia, outros foram indicados e avaliados os resultados. Os que não obtiveram resultados foi devido a falta de transporte para se locomover até o laboratório. No início da intervenção não tínhamos farmácia popular no município e contávamos somente com a farmácia da unidade. Alguns usuários pegavam os medicamentos na farmácia popular de outro município. Porém, agora temos farmácia popular no nosso município e isso beneficia muito a população e, desta forma, conseguimos cumprir com a meta de forma total. Temos cadastrados todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção e esses receberam visita domiciliar na totalidade, neste caso, a dificuldade novamente foi o transporte, mas foi cumprida de forma total. Se

verificou a pressão arterial de todos os idosos sem dificuldades cumprindo essa meta de forma total.

Todos os idosos com o diagnóstico de hipertensão arterial também foram rastreados para o diabetes. Quando tratamos de realizar os exames complementares conseguimos realizar essa meta. Avaliamos todos os idosos enquanto a necessidade de atenção odontológica e foi cumprida sem dificuldade.

Encontramos muitas dificuldades para obter a atenção odontológica, pois por diversas vezes o dentista esteve ausente da equipe de trabalho no início da intervenção. Depois da efetividade deste profissional à equipe, então os idosos que podiam se locomover até a unidade, realizaram o atendimento. Nem todos compareciam a consulta odontológica programada porque não compreendem a importância da prevenção. Eles acham que só devem avaliar os dentes quando tem dor, outros acham que se tem próteses não precisam ir à consulta sem dar importância ao restante do aparelho digestivo superior. Devemos recordar que trabalhamos no interior do estado e a população é de baixo nível cultural. Outra parte dos idosos são acamados ou com dificuldades de locomoção. A equipe realizou um grande esforço procurando os faltosos a consulta e explicando a importância da consulta de prevenção de doenças bucais, mas, como sabemos, é difícil mudar o pensamento das pessoas, se precisa de tempo e principalmente quando se trata de um idoso. Porém, nem todos foram convencidos de assistir a consulta.

Todos os idosos atendidos foram registrados na ficha espelho, a dificuldade foi que precisamos de várias consultas para o preenchimento total, pois, os idosos nem sempre numa só consulta davam todos os dados para preencher a planilha de uma vez só, mas, com o esforço de toda a equipe foi cumprida de forma total.

Foi orientado a todos os idosos sobre a importância dos hábitos saudáveis. A principal dificuldade foi que muitos idosos moram sozinhos e são eles que preparam os alimentos e pela idade esquecem as orientações ou não são cumpridas porque não gostam das mudanças na alimentação. Orientou-se também sobre a importância da atividade física porque muitos são acamados e tem dificuldades de locomoção. Temos uma academia da terceira idade que conta como um educador físico para orientar as atividades, porém, esta se localiza distante e nem todos conseguem se locomover até lá. Os de idade menos avançada foram orientados, mas nem todos foram convencidos da importância da atividade física. Perante as

dificuldades com a odontologia, poucos idosos receberam orientação individual do cuidado da saúde bucal. Esta atividade foi cumprida de forma parcial.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

A distribuição da caderneta de saúde para os idosos foi uma ação não realizada. Foi feita a solicitação várias vezes às autoridades competentes. A resposta foi que seriam entregues, mas, ainda estamos esperando para que cheguem.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Com relação a planilha de coleta de dados, encontrei muitas dificuldades para o preenchimento. As vezes se misturavam os dados e não conseguia obter os valores corretos, pois encontrava-se uma percentagem muito mais elevada do que o real.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Após o término da intervenção as ações serão incorporadas a rotina da unidade tratando de melhorar a qualidade do trabalho, isso deverá ser possível porque vai se trabalhar devagar e arrumando os erros enfrentados durante o trabalho. Teremos que educar a população para melhorar sua qualidade de vida, conscientizando os idosos da importância de comparecer as consultas de odontologia e a realização de exercício físico. Teremos que continuar solicitando a caderneta do idoso aos gestores. Esperamos que com o passar do tempo a população entenda a necessidade de se trabalhar a saúde preventiva que foi um dos principais objetivos dessa intervenção e os gestores se conscientizem e para contribuir com o andamento e expansão deste trabalho na UBS.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção realizada na ESF Antônio Gabriel Neto no município de Riacho de Santana/RN acompanhou 140 idosos residentes na área adstrita, o que representou mais de 75% do total estimado de 186 idosos. Para facilitar a compreensão dos resultados, seguiremos com a descrição de cada objetivo, meta e o indicador, juntamente com a descrição quantitativa (percentuais e números absolutos) e análise qualitativa dos indicadores ressaltando os aspectos que limitaram ou potencializaram a obtenção dos respectivos resultados.

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso**

**Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.**

No primeiro mês foram cadastrados 40 idosos de um total de 186, o que representou 21,5% de cobertura. No segundo mês este percentual aumentou para 35,5%, obtendo 66 idosos cadastrados. No terceiro mês atingimos 55,4% do total de idosos da área de abrangência, cadastrando um total de 103 idosos. Por fim, no quarto mês, cadastramos 140 idosos, representando 75,3% (FIGURA 1). Não conseguimos atingir a meta de 100% nos cadastros em função dos usuários residirem longe da UBS. E ao longo da intervenção falamos com o gestor para que fosse disponibilizado um transporte da prefeitura para realizar as visitas. E a partir da décima segunda semana o transporte foi disponibilizado facilitando as visitas domiciliares. O nosso clima é muito quente e a população é de baixa renda e baixo grau cultural constituindo-se em fatores que limitam a execução da intervenção de cadastros e de outras ações também.

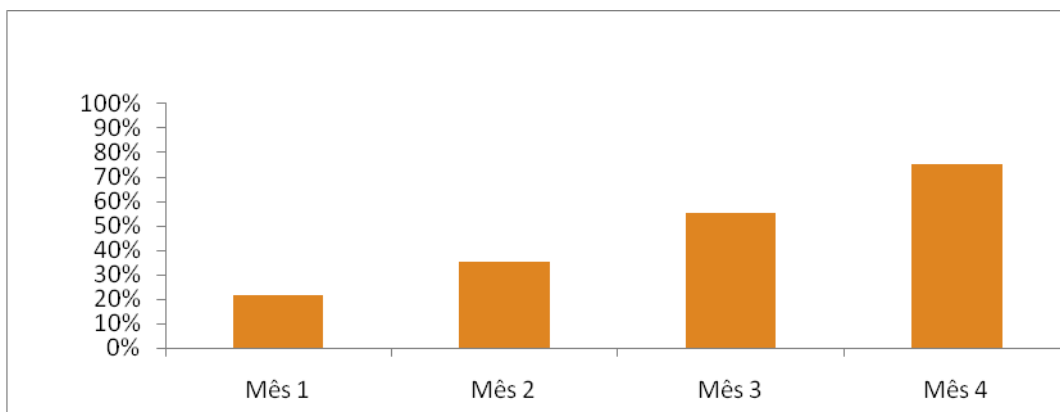


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na UBS**

**Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.**

No primeiro mês de intervenção, dos 40 idosos cadastrados, 100% receberam avaliação multidimensional. No segundo mês, dos 66 idosos cadastrados, 59 (89,4%) foram avaliados. No terceiro mês, dos 103 idosos cadastrados, foram avaliados 79 (76,7%). No ultimo mês da intervenção conseguimos avaliar 135 dos 140 idosos cadastrados, atingindo uma cobertura de 96,4% (FIGURA 2). As condições neurológicas dos usuários dificultaram a avaliação completa o que exigia uma segunda visita/consulta para finalizar o trabalho. Sendo que esta segunda visita programamos para após a finalização de todos os cadastros realizados, podendo otimizar as visitas aos idosos que residem próximos.

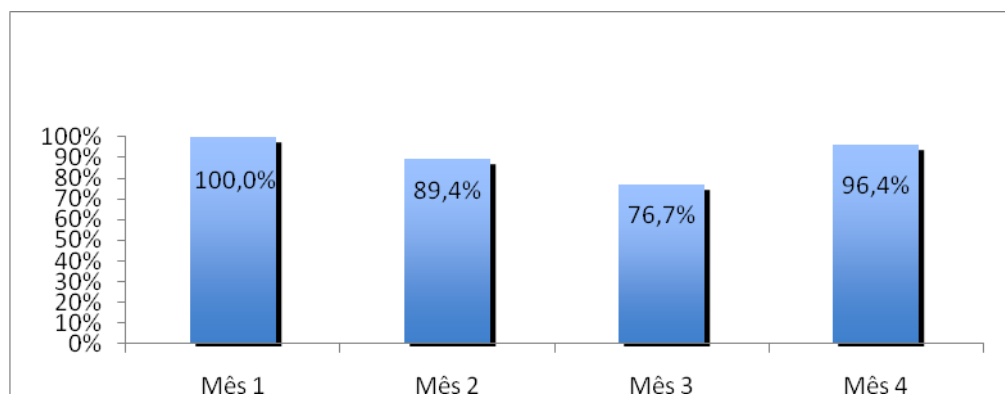


Figura 2: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

**Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos**

O exame clínico completo dos idosos cadastrados variou durante os quatro meses (Figura 3), ou seja, no mês 1 atingimos 100% (40), no mês 2 chegamos a 83,3%(55), no mês 3 foi reduzido para 71,8%(74) e no quarto mês chegamos a 97,9% (137) (FIGURA 3). Como já citado, os idosos residem longe da UBS e as visitas eram demoradas devido as condições de saúde e ao baixo grau de escolaridade. Após a chegada do transporte da prefeitura conseguimos melhorar o indicador.

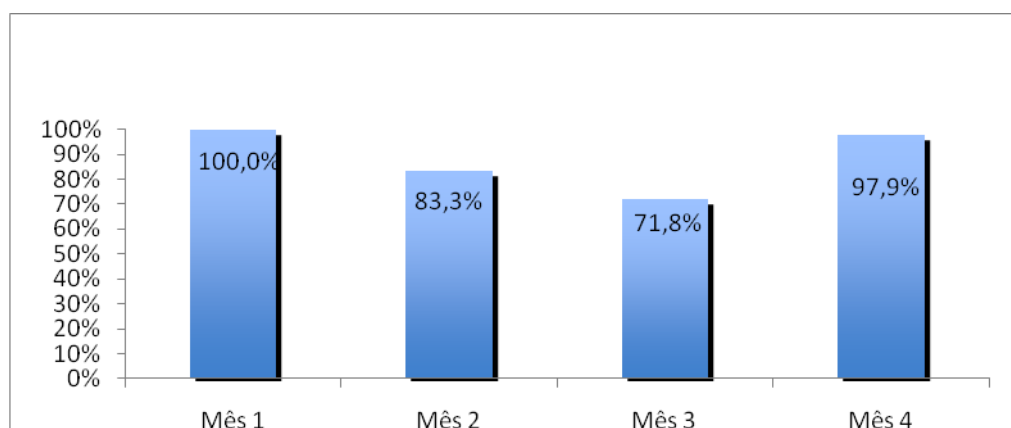


Figura 3: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

**Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.**

Durante o período da intervenção atendemos do primeiro ao quarto mês 31, 44, 66 e 89 idosos hipertensos e/ou diabéticos. No primeiro mês conseguimos realizar os exames complementares em 96,8% (30) dos idosos, no mês 2 foi realizado os exames em 86,6% (39) dos idosos, no mês 3 atingimos 89,4% (59) idosos que receberam os exames complementares e no mês 4 conseguimos realizar os exames em 100% (89) dos idosos cadastrados na área adstrita (FIGURA 4). Nossa área tem muitos idosos de avançada idade com dificuldades de locomoção e acamados que não podem se locomover até o laboratório para coleta

de exames e temos dificuldades com transporte. Esse foi o motivo de não se cumprir a meta proposta em todos os meses da intervenção.

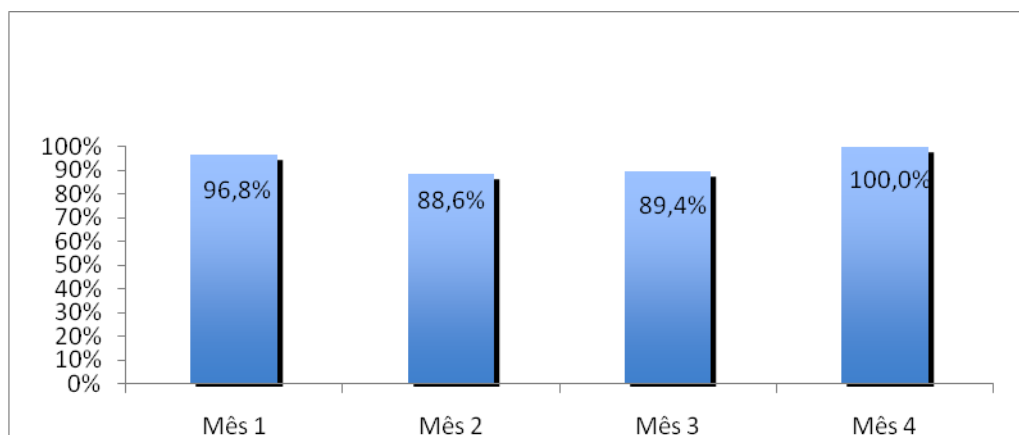


Figura 4: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

#### **Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos**

A prescrição de medicamentos com a prioridade da farmácia popular no mês 1 chegou a 90% (36 idosos), no mês dois 75% (51 idosos), no mês três foi menor ainda chegando a 66% (68 idosos) e no último mês conseguimos elevar para 99,3% (139 idosos) (FIGURA 5). No início da intervenção nosso município não tinha farmácia popular e os medicamentos eram dispensados na farmácia da UBS. Os idosos que necessitavam de medicamentos da farmácia popular recebiam de outro município onde estavam cadastrados. Nesse momento, nosso município conta com farmácia popular e os idosos agora com mais dificuldades são beneficiados principalmente aqueles que possuem dificuldade para se deslocar para outro município. Desta forma priorizou-se as prescrições direcionadas para a farmácia popular.

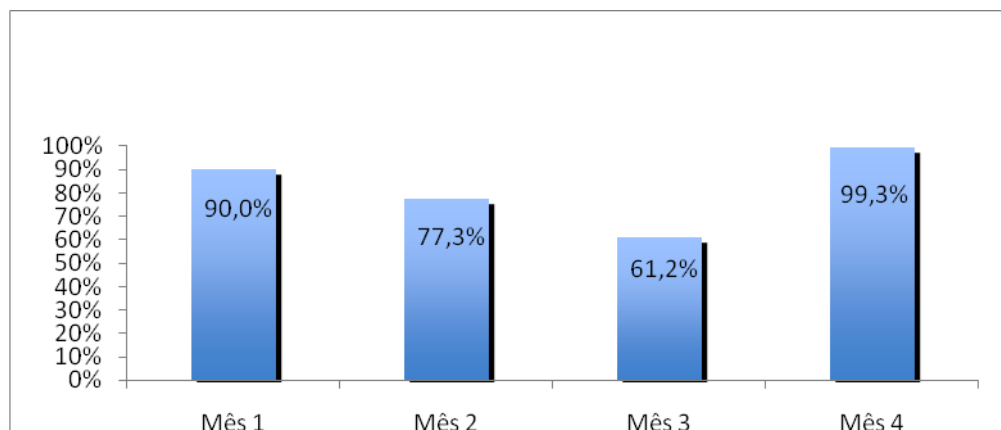


Figura 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

**Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).**

**Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.**

Do primeiro ao quarto mês de intervenção obtivemos respectivamente 10, 18, 35 e 52 idosos acamados ou com problemas de locomoção. Destes, todos eles (100%) foram cadastrados e receberam visitas domiciliares.

**Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).**

Durante a intervenção conseguimos rastrear 100% (140) dos idosos cadastrados para HAS. Obtivemos 100% para este indicador em todos os meses de intervenção. A meta foi cumprida graças ao empenho e trabalho em equipe.

**Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).**

O rastreamento para o diabetes dos idosos hipertensos ocorreu de maneira satisfatória, alcançando 100% durante a intervenção (mês 1=100%(16); mês 2=100% (27) e mês 4=100% (56), exceto no mês 3 onde o percentual foi de 95,9%(47) devido a dois idosos se encontrarem acamados e sem condições de locomoção para realizar exames (FIGURA 6).

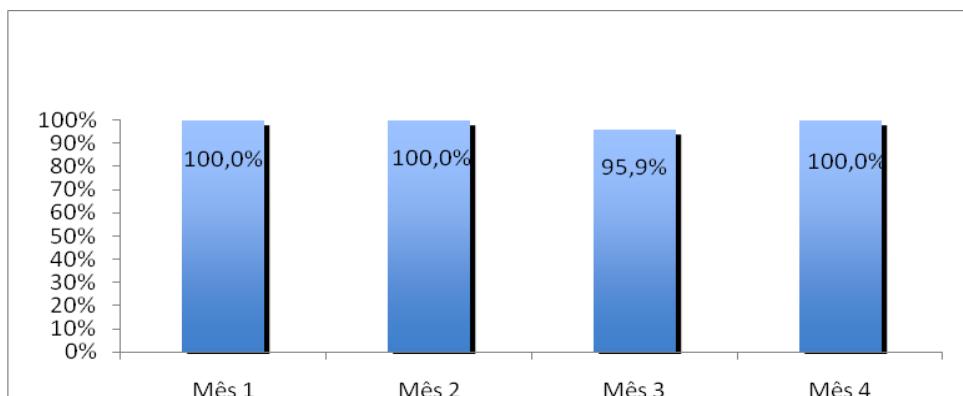


Figura 6: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

**Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.**

**Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.**

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico começou e finalizou de forma satisfatória onde no mês 1 e 4 atingimos 100% (40;140) e nos meses 2 e 3 ficou em torno de 92% (61;95). Já para o indicador de realização da primeira consulta odontológica programática os percentuais ficaram aquém do que esperávamos, ou seja, no mês 1 não tivemos primeira consulta (0%/n=0), no mês dois o indicador foi de 9,1%(6), no mês 3 foi de 17,5%(18) e no mês 4 aumentou para 30%(42) (FIGURAS 7, 8). Durante a nossa intervenção no primeiro mês o dentista saiu de férias e nos meses dois e três esteve doente voltando só no final da intervenção. Conseguimos manter as avaliações das necessidades que foram realizadas pela médica e enfermeira, no entanto a primeira consulta odontológica programática ficou prejudicada pela ausência do dentista. Com a volta do dentista temos plena certeza que este indicador será priorizado e melhorado.

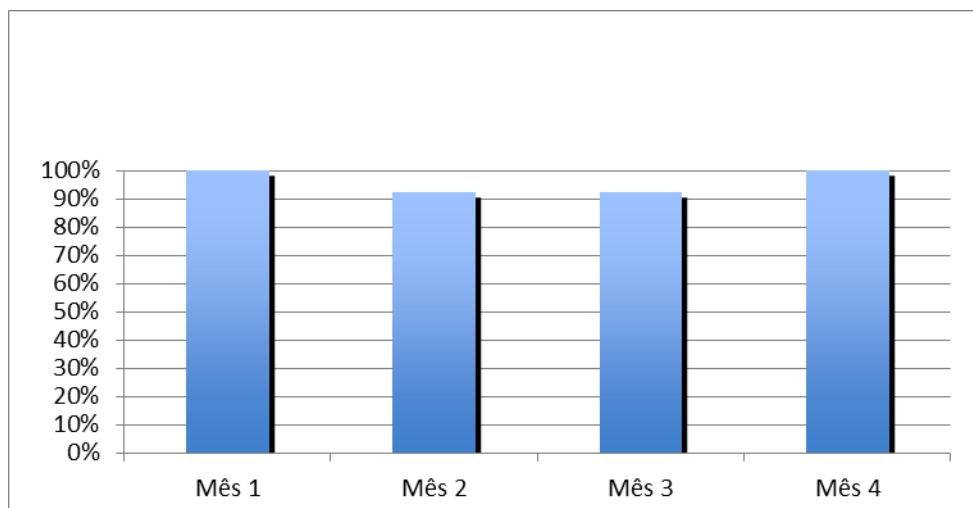


Figura 7: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

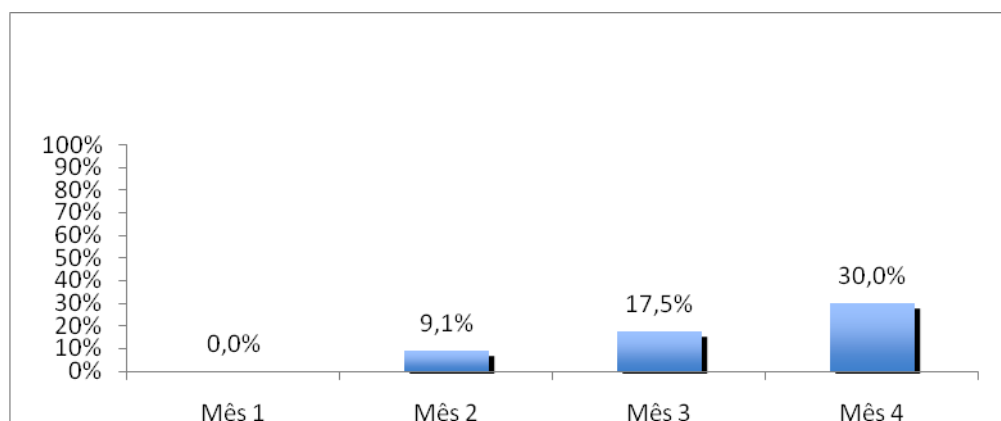


Figura 8: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso**

#### **Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas**

Este indicador foi alcançado na íntegra, ou seja, atingimos 100% durante os quatro meses da intervenção. Graças ao trabalho incansável das Agentes Comunitárias de Saúde que foram implacáveis no trabalho de busca ativa.

### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

#### **Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas**

#### **Meta 4.2. Distribuir a caderneta da pessoa idosa para 100% dos idosos cadastrados**

Os registros na ficha espelho foram realizados em 100% (40) dos idosos no mês 1, já no meses subsequentes não atingimos a meta prevista, ou seja, nos meses 2, 3 e 4 os percentuais foram, respectivamente: 89,4%(59), 76,7%(79) e 98,6%(138). E com relação a caderneta da pessoa idosa foi um caos tendo em vista que, apesar das solicitações para o gestor, não tínhamos caderneta na UBS/ESF, sendo que uma foi utilizada durante toda a intervenção (mês 1=2,5%; mês 2=1,5%; mês 3=1% e mês 4=0,7%) (FIGURAS 9, 10). Para o indicador de registro na ficha espelho a dificuldade encontrada foi a manipulação das tabelas e controle dos dados devido a um grande percentual de indicadores e a alguns idosos morarem sozinhos, sendo que, na hora da visita não aceitavam fazer exames físicos precisando voltar outro dia, mas, nem sempre achava transporte para voltar outro dia e para as fichas espelho não recebemos nenhuma remessa da Secretaria Municipal da Saúde apesar das solicitações realizadas diretamente ao Secretário de Saúde.

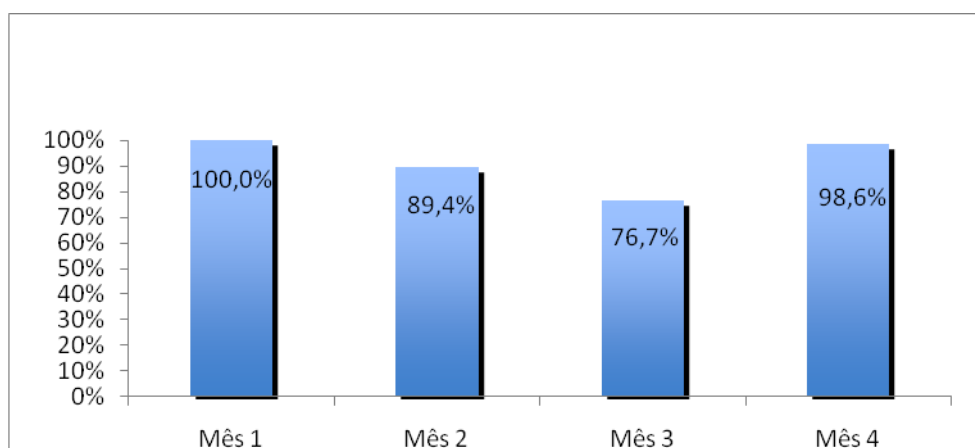


Figura 9: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

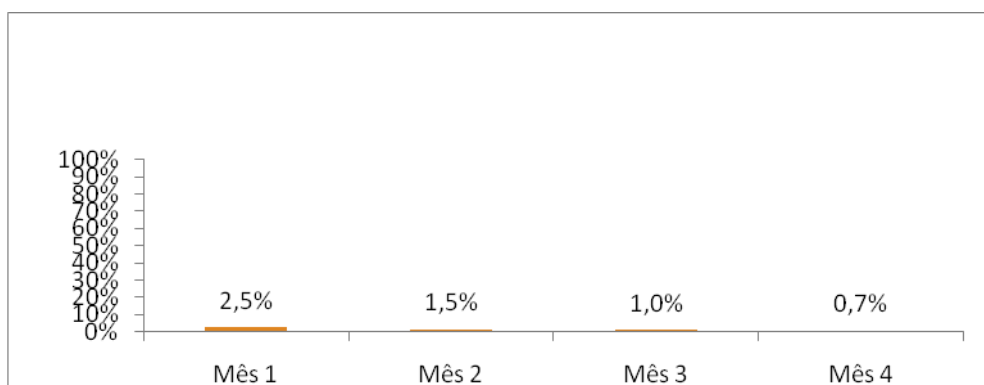


Figura 10: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

### **Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência**



### **Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para os riscos de morbimortalidade**

As avaliações de risco para morbimortalidade foram bem encaminhadas nos meses 1 e 4 atingindo 100% (40;140), no entanto nos meses 2 e 3 os percentuais foram, respectivamente: 87,9%(58) e de 85,4%(88) (FIGURA 11). Nos meses dois e três não atingimos a meta de 100% devido a alguns feriados decorrentes nos referidos meses que impediram de realizar algumas visitas nas casas e a situação do transporte também dificultou muito, alguns agentes de saúde também estavam de férias ou atestado.

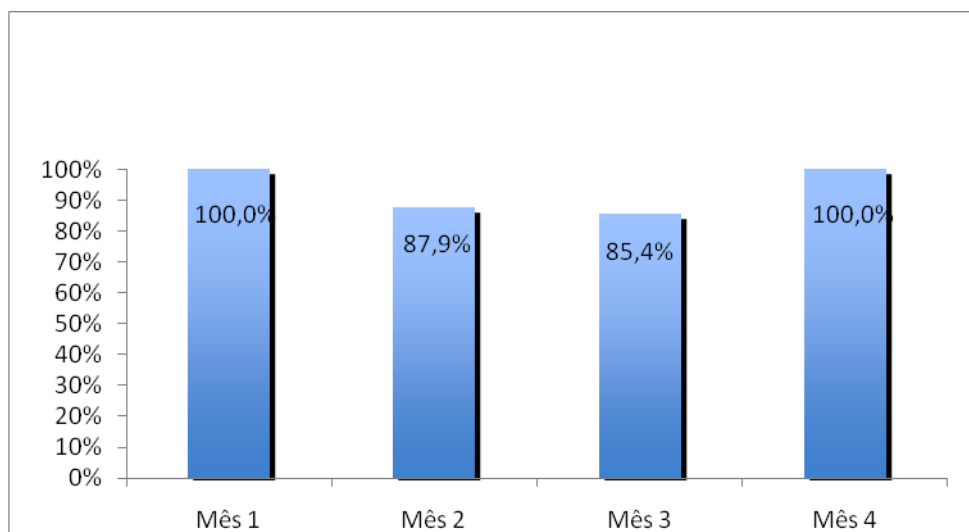


Figura 11: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

### **Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas**

A fragilização dos idosos foi realizada em 100% (40) dos usuários no mês 1, já nos meses subsequentes não conseguimos atingir a meta prevista ficando em 89,4%(59) no mês 2, 86,4%(89) no mês 3 e 95,7%(134) no mês 4 (FIGURA 12). A avaliação da fragilização não foi possível realizar em todos os idosos devido a problemas com transporte e locomoção e além de alguns agentes de saúde se encontrarem de férias além dos feriados nesse período.

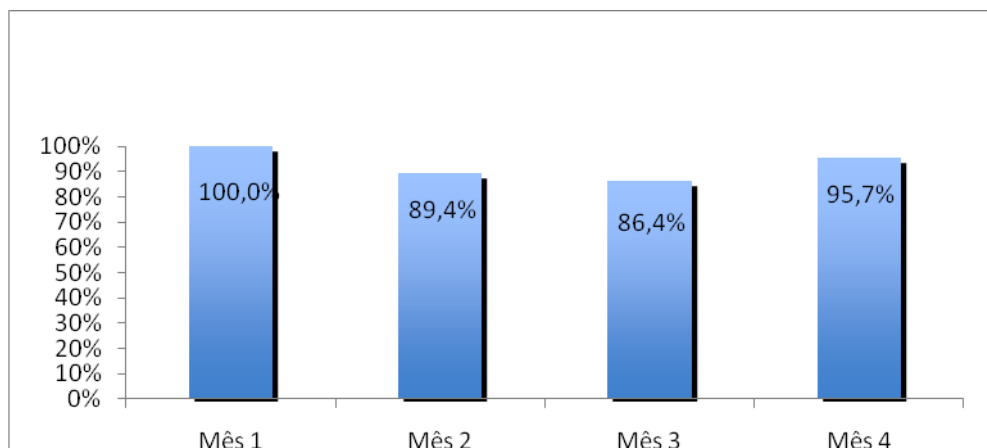


Figura 12: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

### Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% das pessoas idosas

A avaliação da rede social aconteceu de maneira heterogênea, sendo que no mês 1 o indicador chegou a 97,5% (39), nos meses 3 e 4 a variação foi de 81,8%(54) a 71,8%(74) chegando ao final da intervenção, mês 4 a 100%(140) (FIGURA 13). Nos meses 2 e 3 tivemos dificuldades para compor este indicador devido aos encarregados desta tarefa terem outras atividades, sendo que tivemos dificuldades com as pessoas que avaliam porque esses profissionais estavam muito ocupados, mas, fizemos um esforço para realizar essa avaliação no mês 4. No mês 3 houve uma queda no indicador pois tivemos um número alto de cadastrados neste mês.

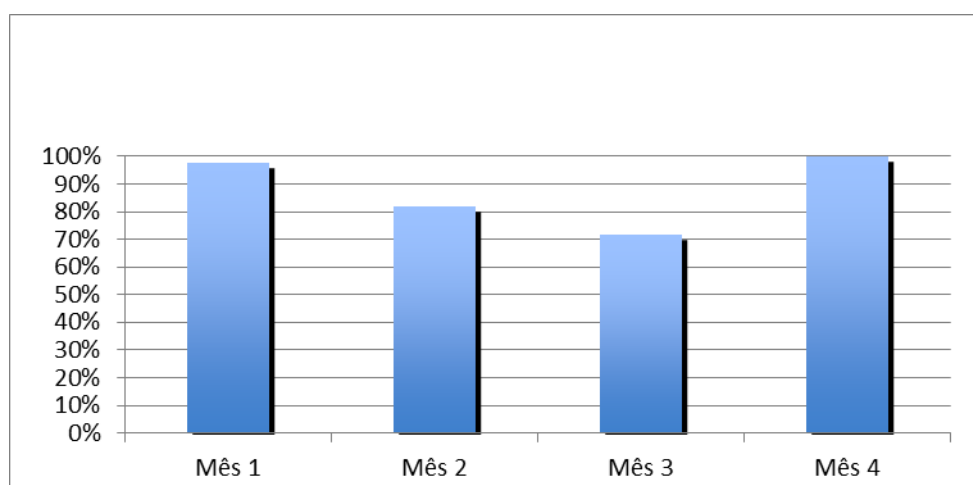


Figura 13: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

### Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos

### **Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% dos idosos**

A promoção de saúde para adquirir hábitos nutricionais saudáveis foi bastante salutar, ou seja, nos meses 1 e 4 chegamos ao 100% (40 e 140) e para os meses 2 e 3 os percentuais foram: 98,5(65) e 97,1%(100) (FIGURA 14). Neste indicador aconteceu o mesmo que em outros indicadores. Durante a visita domiciliar alguns idosos moravam sozinhos e pela idade não entendiam as orientações. Assim, foi necessário fazer mais de uma consulta ou visita até conseguir uma conversa com o cuidador do idoso e oferecer as orientações necessárias. Desta forma, conseguimos chegar ao final da intervenção com 100% dos idosos orientados.

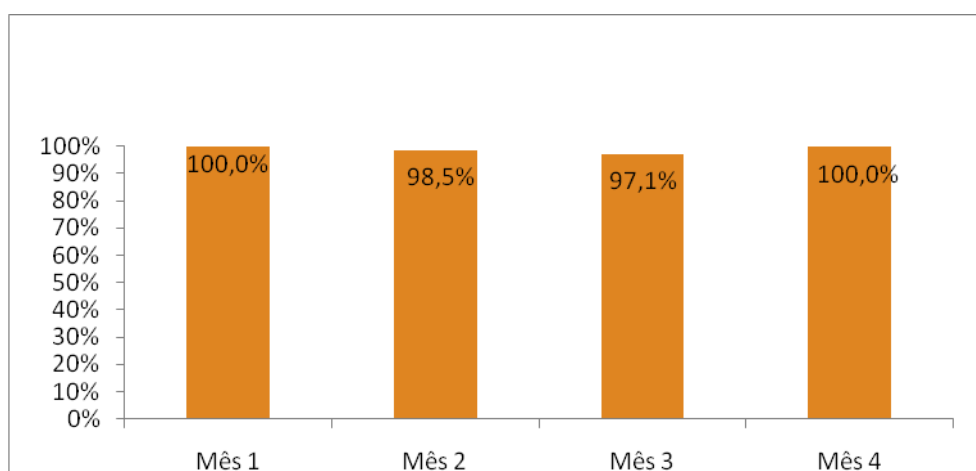


Figura 14: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

### **Meta 6.2. Garantir orientação para prática regular de atividade física a 100% dos idosos**

As orientações sobre a necessidade e importância de exercícios físicos aconteceu da seguinte maneira: no mês 1 foi de 80%(32), no mês 2 foi de 71,2%(47) e nos meses 3 e 4 foram, respectivamente: 62,1%(64) e 71,4%(100) (FIGURA 15). As variações encontradas neste indicador foram devido a alguns idosos estarem

acamados, outros não entendiam a importância dos exercícios físicos, mas para os que tinham pouco entendimento foram realizadas mais de uma visita domiciliar para passar as orientações ao seu cuidador.

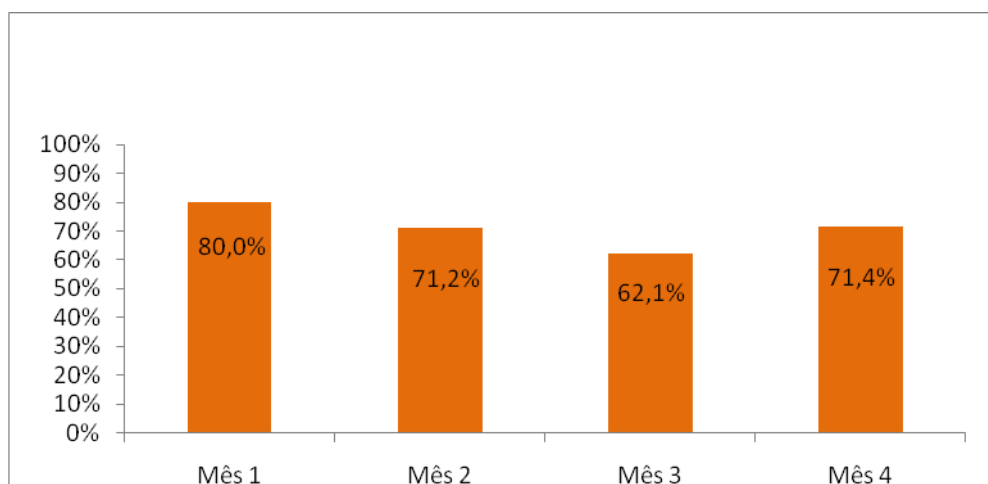


Figura 15: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

### **Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (inclusive prótese) a 100% dos idosos cadastrados**

A promoção de saúde bucal não aconteceu durante o mês 1. Já nos mês 2, 3 e 4 o indicador atingiu os seguintes percentuais: 66,7% (12), 65,7% (23) e 82,7% (43) (FIGURA 16). Como já falado anteriormente o dentista esteve de férias durante o primeiro mês da intervenção. E pensamos que esse tipo de tarefa poderia ser assumido pelo técnico em saúde bucal e, foi assim que aconteceu nos meses subsequentes, até porque o dentista esteve doente durante os meses 2 e 3, voltando apenas no mês 4. Esta foi a estratégia que montamos para melhorar o indicador mesmo na ausência do dentista.

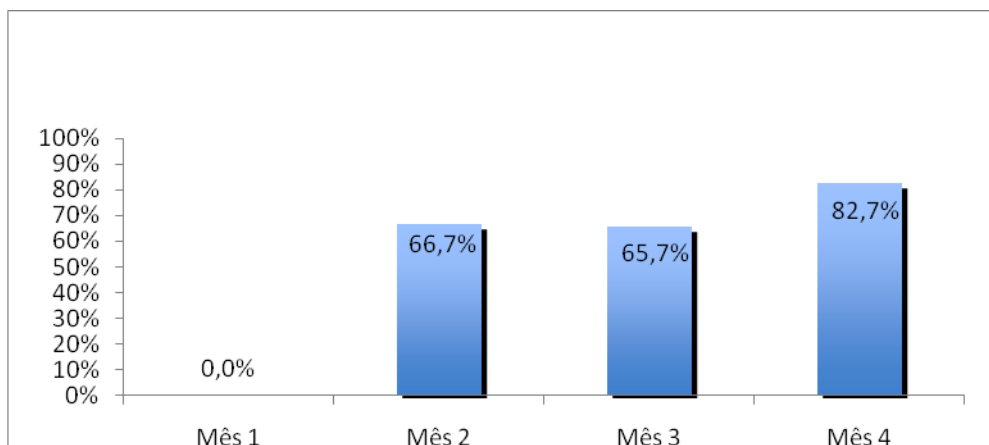


Figura 16: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Unidade de saúde Antônio Gabriel Neto, Riacho de Santana/RN, 2015.

## 4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura de atenção aos idosos. Durante a intervenção foi possível cadastrar todos os idosos, os registros melhoraram a qualidade do atendimento, proporcionando o acompanhamento longitudinal. No grupo de idosos em que se diagnosticaram novos diabéticos e hipertensos, verificou-se que estes não compareciam as consultas na unidade de saúde e no momento da avaliação de risco para as doenças crônicas evidenciou-se esta situação, onde procuramos abordar orientando, tratando e acompanhando estes usuários. Realizamos exames complementares em idosos que há muito tempo não eram avaliados e assim conseguimos identificar possíveis riscos de complicações de doenças crônicas. A intervenção proporcionou o aumento da adesão das pessoas idosas à unidade de saúde.

Todos idosos da área de abrangência foram classificados segundo sua fragilidade, receberam orientação nutricional. Ainda, orientamos sobre importância da atividade física regular aos idosos com condições de saúde e idade para realizá-las. Com este trabalho de intervenção a equipe de saúde conseguiu dar uma atenção aos idosos com mais qualidade. No cronograma de trabalho ficou implementado oito horas semanais para atenção prioritária de idosos. “segundas e terças” nos horários da manhã de cada semana. Mas todo idoso que chegasse à unidade de saúde seria priorizado para o atendimento e cadastramento no programa.

Por diversas causas explicadas anteriormente, nem todos os idosos da área de abrangência foram avaliados pela dentista, mas, foram orientados da importância desta consulta no tratamento e prevenção de diversas doenças. Atualmente continuamos trabalhando para incrementar o número de idosos que vão as consultas odontológicas.

A intervenção foi importante para a equipe, pois conseguimos nos unir no trabalho com o intuito de conseguir um objetivo único: melhorar a atenção aos idosos e com isso melhorar a qualidade de vida em um grupo da população que precisava de atenção priorizada e não tinha. Para realizar a intervenção foi necessário que a equipe fosse capacitada para atuar conforme as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Com a capacitação, elevamos o conhecimento e melhorou a qualidade do trabalho, a qual buscou cumprir com as recomendações do Ministério da Saúde. Durante a intervenção realizamos um trabalho integrado, mas cada trabalhador executava a sua função específica. Por exemplo, os agentes comunitários de saúde, cada um cadastrou os idosos em sua microárea de abrangência, agendavam o dia da consulta na unidade e planejavam o dia de visita domiciliar para os acamados ou para aqueles idosos com dificuldade de locomoção. Os ACS realizavam a busca ativa aos faltosos as consultas e orientaram a importância da intervenção e a realização de exames.

A enfermagem ajudou a médica na realização da avaliação integral da saúde de cada idoso, também orientava sobre a necessidade de mudanças de costumes e estilos de vida para que o público alvo melhorasse a qualidade de vida, além de atualizar o quadro vacinal dos usuários cadastrados na intervenção. A médica indicava os exames complementares, fazia a avaliação de risco, planejava o tratamento necessário para cada condição apresentada pelo respectivo idoso, fazia os devidos encaminhamentos para outros profissionais e supervisionava as tarefas de todos os integrantes da equipe. A técnica de enfermagem era a encarregada da checagem da pressão arterial, peso, altura e orientações gerais. A recepcionista foi encarregada, junto com o restante da equipe da organização das consultas na unidade e do registro de cada usuário com boa qualidade para facilitar depois a avaliação e auxiliou nas orientações gerais.

O trabalho acabou tendo impacto em todas as atividades da unidade, agora trabalhamos em equipe, trocamos ideias e implementamos atividades com a

experiência do trabalho em outros grupos populacionais como crianças, grávidas e população em geral. Agora o trabalho é mais organizado e de mais qualidade na unidade.

Antes da intervenção as consultas direcionadas aos idosos eram menos qualificadas, muitos não eram acompanhados pela unidade de saúde, os acamados só recebiam atenção quando a família solicitava e os registros eram deficientes. Com a intervenção a equipe foi motivada e os usuários passaram a receber atenção organizada e sistematizada, com controle e observação, sendo que a equipe está engajada nas tarefas a serem realizadas durante o seu dia a dia. Com o comprometimento da equipe as ações direcionadas aos idosos melhoraram de forma geral, sendo que as doenças crônicas foram melhor controladas e a demanda espontânea deste grupo populacional reduziu. Mas, precisamos de mais ajuda dos gestores principalmente na questão de transporte da equipe para realizar os atendimentos domiciliares ou deslocar os idosos até a unidade de saúde. Também houve demora em marcar a avaliação com os especialistas, bem como houve atraso na realização dos exames complementares e os resultados demoram a chegar aos usuários dificultando a avaliação rápida e consequentemente dificultava e atrasava a conduta apropriada para cada caso.

Em nossa área de abrangência o número de idosos é elevado e verificamos que o trabalho foi bem aceito pela comunidade. Além disso, os horários em que foram programadas as consultas e visitas domiciliares aos idosos foram aceitos pela comunidade. Nos dias de atendimento aos idosos todas as pessoas que necessitavam de atendimento, e não poderiam agendar, tendo em vista a situação de urgência, foram atendidas o que levou ao aumento da satisfação da comunidade. Em geral a comunidade aprovou a nossa forma de organização do trabalho, além disso, os idosos acamados e com dificuldades de locomoção que precisavam de uma visita, fora do dia de visitas domiciliares, sempre foram visitados e avaliados e isso a população também aprovou.

O trabalho seria muito mais fácil se as autoridades políticas dessem mais ajuda com os transportes. Se eu iniciasse a intervenção neste momento, conversaria com as autoridades do município na tentativa de aumentar o comprometimento dos gestores para com a intervenção e automaticamente proporcionassem o apoio necessário. Também tentaria que a equipe de trabalho entendesse que isto não é benefício para a médica e sim para a comunidade e o município. Também procuraria

aumentar o grau de comprometimento de cada um deles na realização do projeto, procuraria uma maior divulgação das características do trabalho e sua importância.

Em relação a população em geral tentaria motivar para que apoiassem a realização da intervenção. Se desde o início tivesse conduzido a intervenção desta forma tenho absoluta certeza que o trabalho poderia ter sido melhor e mais participativo por parte de todos. Só depois de um longo tempo foi que conseguimos unir a equipe de trabalho o que conseqüentemente proporcionou aumentar o número de pessoas avaliadas e a qualidade do trabalho. No entanto, a compreensão do trabalho executado ficou aquém do esperado, sendo que a intervenção foi para o benefício da população, da equipe e do município.

O projeto de intervenção foi incorporado a rotina do serviço. Estamos tentando melhorar ainda mais a atenção aos idosos, pois, durante a intervenção tivemos dificuldade com a atenção a saúde bucal e neste momento temos a dentista trabalhando na unidade o que permite o intercâmbio de ideias no atendimento de algumas pessoas no mesmo dia. Continuamos explicando a importância da atividade física e a dieta saudável. Conseguimos aprimorar os registros e continuamos fazendo avaliação integral aos idosos que ficaram sem atendimento durante o período da intervenção (faltosos a consulta por situações de transporte fora do município e outras causas). Para melhorar ainda mais procuramos ajuda da comunidade através dos líderes comunitários e dos gestores.

O próximo passo será continuar trabalhando com a equipe unida e ter este projeto/intervenção como exemplo para melhorar também a atenção a outros grupos populacionais como: crianças, gestantes e população em geral. Continuaremos procurando ajuda dos gestores que é fundamental para a realização das ações em nossa unidade de saúde.



## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezados Gestores!!!

Agora é hora de falarmos um pouco sobre a nossa intervenção, que na verdade vocês já a conhecem desde o início. Como já havíamos explanado em momentos anteriores a intervenção que realizamos foi para o grupo de idosos pertencentes em nossa área de abrangência. Inicialmente o curso de Especialização em Saúde da Família, no qual estou vinculada através do Programa Mais Médicos, nos forneceu um questionário e um caderno de ações programáticas para que avaliação da situação de nossa UBS/ESF. Assim, chegamos a conclusão que seria necessário ampliar e qualificar as ações para o grupo de idosos. Para vocês terem uma idéia o material do curso estimou que tivéssemos em nossa área 168 idosos e através dos nossos registros encontramos 186, ou seja, a previsão era menor do que existia na realidade. Este foi o primeiro resultado obtido.

Depois de capacitar a equipe e fazer com que cada integrante entendesse o significado da ação para comunidade e para equipe iniciamos a nossa intervenção e chegamos a resultados como: Cadastramos 75,3% (140) idosos ao fim de 16 semanas que foi o tempo estipulado para o curso para que realizássemos a intervenção. Importante dizer que um dos objetivos do curso era que ao final da intervenção as ações trabalhadas durante as 16 semanas fossem incorporadas à rotina da unidade, e assim aconteceu, caracterizando mais uma situação positiva. No contexto dos benefícios recebidos pela comunidade ainda temos: 96,4%(135) dos idosos cadastrados receberam avaliação multidimensional rápida (exame clínico detalhado sobre a situação da saúde do idosos, por exemplo: como esta a audição entre outros); 100% (140) dos idosos hipertensos e/ou diabéticos receberam a solicitação de exames complementares periódicos; 99% dos idosos que atendemos receberam prescrições de medicamentosas da farmácia popular; encontramos 52

idosos que estavam acamadas e 100% foram visitados e avaliados; 100% (140) dos idosos tiveram a sua pressão arterial aferida durante as consultas; 56 idosos eram hipertensos e 100% foram rastreados para verificar se não eram diabéticos também; 100%(140) dos idosos foram avaliados quanto a necessidade de tratamento odontológico mas apenas 30%(42) realizaram a primeira consulta odontológica programática; durante a intervenção 46 idosos faltaram as consultas programáticas e todos 100% receberam busca ativa e em um segundo momento compareceram às consultas; não chegou a 1% os idosos que receberam as Caderneta do Idoso; 100%(140) dos idosos receberam a avaliação de risco para mobimortalidade e para finalizar, 100%(140) dos idosos receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e 71% (100) receberam orientações sobre a necessidade de atividade física regular.

É perceptível a qualidade do atendimento que os idosos receberam e estarão recebendo nos próximos dias, meses e anos. Tivemos algumas limitações que podemos elencar: a primeira foi o indicador de primeira consulta odontológica programática ficou na casa de 30%, esta situação foi em função que perdemos a dentista durante a intervenção, como já é de seu conhecimento, e com a chegada da outra dentista, graças ao apoio da gestão, demos continuidade, mas isso já ocorreu no final da intervenção. Esta oportunidade dos deixa à vontade para agradecer ao gestor do apoio dado à intervenção com relação às cópias dos documentos que precisamos para realizar o trabalho, como por exemplo, as fichas espelho. Para finalizar esta parte, agradecemos também a lotação da nova dentista em nossa unidade de saúde.

Senhores e senhoras muitos avanços foram obtidos, no entanto temos enfrentamos algumas limitações que nos dificultaram atingir a meta de 100%(140) de idosos recebessem a Caderneta do Idoso. Certamente aproveitamos esta oportunidade para solicitar maior apoio de vocês para obtermos as Cadernetas junto ao Ministério da Saúde. Também é necessário, e seria muito bem vindo, um transporte para que a equipe pudesse visitar os idosos acamados com maior frequência e assiduidade. O transporte facilitaria também que a dentista levasse instrumental e realizasse o atendimento odontológico a domicílio. Gostaríamos que vocês pensassem com carinho nestas solicitações que são vitais para qualificar a intervenção e o serviço como um todo.

Para não nos alongarmos mais, gostaríamos de salientar que somos parceiros do gestor para a qualificação do atendimento dos usuários em nossa unidade de saúde, em hipótese alguma pensamos em prejudicar as pessoas e sim em alertar os gestores da necessidade para reverter em práticas saudáveis para os usuários. E antes de abrir para perguntas e questionamentos solicitamos que observem estes dois gráficos constituídos por dados oriundos da intervenção;

A Figura 1 expressa a evolução da cobertura dos idosos durante as 16 semanas, ou seja, em nossa área de abrangência tínhamos uma previsão de 186 idosos e no 1º, 2º e 3º meses os percentuais de cadastros foram respectivamente: 21,5%(40), 35,5%(66) e 55,4%(103). Tendo ao final do quarto mês cadastrado 75,3%(140) idosos.

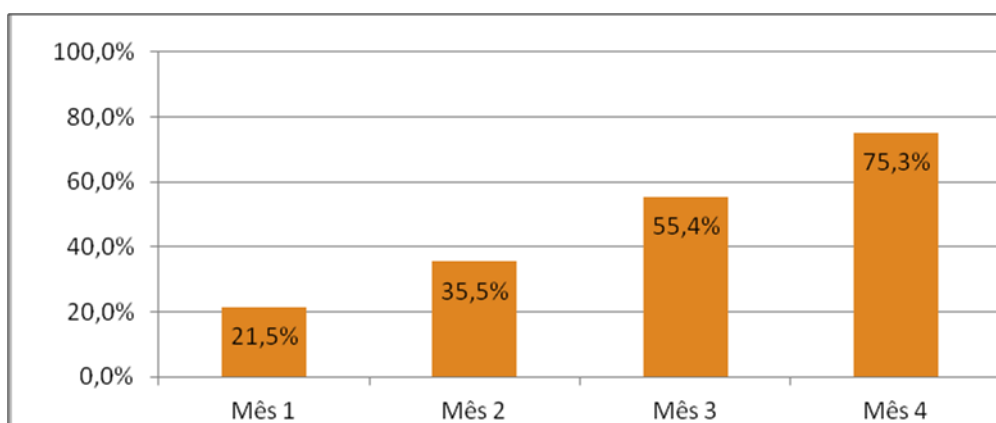


Figura 1: Proporção de idosos cadastrados no programa de atenção ao idoso.

A Figura 2, expressa o número de Caderneta do Idoso distribuída durante a intervenção. Sendo que foi utilizada apenas uma durante toda a intervenção (mês 1=2,5%; mês 2=1,5%; mês 3=1% e mês 4=0,7%).

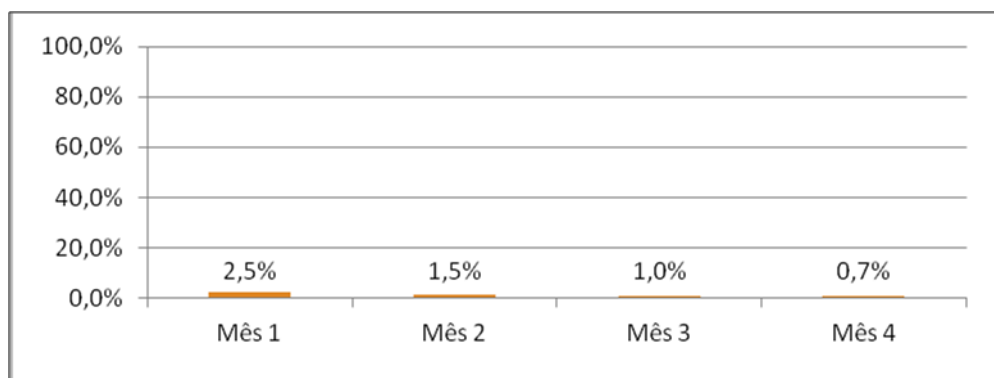


Figura 2: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Muito obrigado e ficamos à disposição para perguntas.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezados usuários de nossa UBS/ESF!

É com muita satisfação que estou neste momento me dirigindo a vocês para contar um pouquinho sobre o que aconteceu durante 16 semanas, nas quais a equipe estava tão preocupada. Organizamos uma intervenção com várias ações voltadas para os idosos pertencentes a nossa área de abrangência. Foi um trabalho muito relevante, onde os usuários idosos receberam atendimento organizado e sistematizado. O que significava sistematizar os atendimentos? São ações previamente estabelecidas, onde cada integrante da equipe possui a sua função, por exemplo: a médica era responsável em realizar o exame clínico detalhado de cada idoso e a enfermeira era responsável em atualizar o quadro vacinal de cada idoso cadastrado e atendido em nosso programa.

Com as ações organizadas conseguimos atingir uma cobertura de 75,3%, ou seja, de um total de 186 idosos pertencentes a nossa área conseguimos cadastrar e efetuar todas as ações previstas para 140 pessoas. Ainda é necessário abordar mais 46 usuários. Como fazer isso? O nosso trabalho, na verdade, foi uma proposta de mudança de nossa rotina, e assim ocorreu, pois conseguimos fazer com que todas as ações fossem incorporadas à rotina de trabalho da equipe, este foi um grande ganho para a comunidade. Pois este tipo de trabalho permanecerá em nosso dia a dia. Também será necessário que a comunidade, vocês, nos ajudem a localizar alguns idosos que ainda nós não conseguimos localizar através dos agentes comunitários de saúde. Seria, fundamental, a participação da comunidade nesta fase de mapeamento e logo em seguida na motivação deles (idosos) em comparecer as consultas na unidade de saúde.

É importante salientar que durante o nosso trabalho conseguimos cadastrar até então 52 idosos acamadas que possuem dificuldades de locomoção. Realizamos as visitas domiciliares e fizemos todo o atendimento necessário, como por exemplo:

solicitação de exames e prescrição medicamentosa considerando aqueles remédios que existem na farmácia popular para facilitar o acesso.

Temos que esclarecer mais uma vez, o porquê que em algumas situações os atendimentos ficavam mais demorados. Então, alguns idosos que chegavam na unidade de saúde e não estavam agendados a equipe não poderia perder a oportunidade de cadastrar o usuário em nosso programa, logo esta é a justificativa que explica os atendimentos ficarem um pouco mais demorados. Vejam vocês, na perspectiva da comunidade todos são beneficiados, pois um idoso bem atendido a chance dele vir a adoecer diminui, certo?

Para ir finalizando a nossa conversa, preciso comentar mais alguns resultados que obtivemos. Então ainda como resultados: 100% (140) dos idosos cadastrados em nosso programa receberam a verificação da pressão arterial, 100% (140) foram avaliados quanto a necessidade de atendimento pelo dentista e 82,7%(43) receberam orientações de cuidados com a saúde bucal e por fim precisamos conversar com a gestão municipal para que disponibilize as Cadernetas dos Idosos, pois é um instrumento importante para o controle a avaliação da saúde a longo prazo, sendo que esta ação ficou prejudicada por não ter disponível na unidade de saúde as cadernetas. Contamos com o apoio de vocês para convencer o gestor da importância de tal documento.

Temos certeza que vocês enquanto usuários de nossa unidade de saúde compreendem a nossa proposta de trabalho que também foi integrada ao Programa Mais Médicos, que é a Política de Saúde responsável para que eu esteja aqui prestando o meu serviço em conjunto com esta brilhante equipe. Muito obrigado e fico à disposição para responder alguma dúvida.

Grande abraço a todos!!!

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Fazendo uma reflexão crítica do meu processo de aprendizagem durante o curso de especialização em saúde da família, considero que não consegui cumprir 100% de minhas expectativas que me propus no início do curso devido a diferentes fatores. Primeiro lugar porque minha saúde foi se deteriorando o que impediu cumprir com muitas atividades do projeto do curso nas datas indicadas. Outro fator foi meus escassos conhecimentos em cursos à distância e no uso do notebook.

No uso do notebook sempre tive ajuda de outra pessoa, sendo que, eu fazia as coisas a mão e outra pessoa digitava me auxiliando nesse processo. Além de todas as dificuldades já faladas, o curso de especialização converteu-se em uma batalha para saber aonde iriam meus limites e onde coloquei todo o meu empenho e energia. Eu confirmei que não devemos nos entristecer diante das primeiras dificuldades e devemos persistir e que sempre há uma mão amiga disposta a levar-nos quando as forças se esgotam.

No mundo fascinante da aprendizagem em medicina, o curso me levou deste ponto de desconhecimento aonde podemos dominar e aplicar um tema. Desde o início eu procurei conhecer os objetivos, princípios e diretrizes de desenvolvimento do SUS no Brasil tendo como base a atenção básica de saúde. Com a ajuda do curso e meus parceiros de trabalho brasileiros e com muito esforço consegui desenvolver novas habilidades de condutas de trabalho.

Foram de grande ajuda as orientações de meu professor (orientador no curso) que me permitiu com a educação permanente a inserção num processo pedagógico reflexivo e dinâmico com orientações docentes que proporcionem um conhecimento diferenciado para minha formação como profissional da UBS com espaços para discussão, análises e reflexão crítica da atividade diária no trabalho dentro da equipe e com os gestores.

Nesses momentos eu sinto que sou uma profissional um pouco mais capaz para conduzir um raciocínio clínico e na tomada de decisões com uma formação mais humanista que valoriza mais a relação médico-usuário e o dever ético de nossa profissão. Com este curso e o trabalho neste país tenho enriquecido minha experiência como profissional da saúde e como pessoa permitindo constatar e intervir partindo do conhecimento das problemáticas de saúde da comunidade em que trabalho e assim melhorar a sua qualidade de vida. Acho que o curso estimulou meu desenvolvimento acadêmico numa ampla perspectiva no cuidado da saúde da família como núcleo da sociedade.

Permitiu conhecer a abordagem integral da família, a comunidade, a participação social e o engajamento público no desenvolvimento das políticas de saúde. Consegui reafirmar meus conhecimentos de promoção e prevenção de saúde e sua importância para conseguir hábitos e estilos de vida saudáveis na população.

O processo de aprendizagem no curso foi muito bem estruturado, organizado e planejado o que permitiu que aumentassem a vontade do estudante de aprender mais permitindo adquirir novos conhecimentos e modificar outros, modificar valores, partindo da experiência, o raciocínio e a inter-relação entre colegas. Acho que é muito importante a educação permanente do profissional de saúde porque o curso foi excelente para minha experiência profissional e mudou muitas coisas na minha forma de atuar como profissional.

## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Caderno de Atenção Básica N° 19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.



## **Apêndices**

**Apêndice A - Ficha espelho para saúde bucal dos idosos**

NOME:

IDADE:

DATA NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

CARTÃO SUS:

DATA DA CONSULTA:

EXAME FÍSICO:

- XEROSTOMIA (BOCA SECA) ( )SIM ( ) NÃO.
- AVALIAÇÃO DAS PROTESI DENTÁRIA
- ALTERAÇÃO DE TECIDO MOLES (ressecamento dos lábios, quelite actinica)
- TRATAMENTO
- ORIENTAR HIGIENE BUCAL
- DATA DA PRÓXIMA CONSULTA

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profa Ana Cláudia Gestal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?
de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1		0					
2		0					
3		0					
4		0					
5		0					
6		0					
7		0					
8		0					
9		0					
10		0					

[illegible][illegible]

